



Rendición de Cuentas 2025

¡Estamos Cumpliendo! ✓

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	6
ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS	7
PROCESOS	10
1. ESTRATÉGICOS	10
1.1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	10
1.1.1. Presentación	10
1.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	11
1.1.3. Logros del proceso	34
1.1.4. Metas o indicadores.....	37
1.1.5. Retos y oportunidades de mejora.....	37
1.2. MEJORAMIENTO CONTINUO	38
1.2.1. Presentación.....	38
1.2.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	38
1.2.3. Logros del proceso	43
1.2.4. Metas o indicadores.....	45
1.2.5. Retos y oportunidades de mejora.....	46
1.3. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO	47
1.3.1. Presentación.....	47
1.3.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	48
1.3.3. Logros del proceso	49
1.3.4. Metas o indicadores.....	49
1.3.5. Retos y oportunidades de mejora.....	54
2. MISIONALES	55
2.1. GESTIÓN DE URGENCIAS Y OBSTETRICIA	55
2.1.1. Presentación.....	55
2.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	55
2.1.3. Logros del proceso	56
2.1.4. Metas o indicadores.....	57
2.1.5. Retos y oportunidades de mejora.....	59
2.2. GESTIÓN AMBULATORIA Y ATENCIÓN PRIMARIA	60
2.2.1. Presentación.....	60
2.2.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	61
2.2.3. Logros del proceso	62
2.2.4. Metas o indicadores.....	62
2.2.5. Retos y oportunidades de mejora.....	64
2.2.6. CENTRO DE SALUD MORELIA	65
2.2.6.1. Presentación.....	65
2.2.6.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	66
2.2.6.3. Logros del proceso.....	70

2.2.6.4.	Metas o indicadores	72
2.2.6.5.	Retos y oportunidades de mejora	82
2.2.7.	CENTRO DE SALUD LA MONTAÑITA	83
2.2.7.1.	Presentación.....	83
2.2.7.2.	Seguimiento a las actividades desarrolladas	85
2.2.7.3.	Logros del proceso.....	86
2.2.7.4.	Metas o indicadores	87
2.2.7.5.	Retos y oportunidades de mejora	89
2.3.	GESTIÓN HOSPITALARIA	90
2.3.1.	Presentación.....	90
2.3.2.	Seguimiento a las actividades desarrolladas	91
2.3.3.	Logros del proceso	91
2.3.4.	Metas o indicadores.....	92
2.3.5.	Retos y oportunidades de mejora.....	93
2.4.	GESTIÓN QUIRÚRGICA.....	93
2.4.1.	Presentación.....	93
2.4.2.	Seguimiento a las actividades desarrolladas	95
2.4.3.	Logros del proceso	96
2.4.4.	Metas o indicadores.....	96
2.4.5.	Retos y oportunidades de mejora.....	99
2.5.	GESTIÓN DEL CUIDADO CRÍTICO	100
2.5.1.	Presentación.....	100
2.5.2.	Seguimiento a las actividades desarrolladas	101
2.5.3.	Logros del proceso	102
2.5.4.	Metas o indicadores.....	103
2.5.5.	Retos y oportunidades de mejora.....	105
2.6.	LABORATORIO CLÍNICO	106
2.6.1.	Presentación.....	106
2.6.2.	Seguimiento a las actividades desarrolladas	106
2.6.3.	Logros del proceso	107
2.6.4.	Metas o indicadores.....	107
2.6.5.	Retos y oportunidades de mejora.....	118
2.7.	IMAGENOLOGÍA	119
2.7.1.	Presentación.....	119
2.7.2.	Seguimiento a las actividades desarrolladas	120
2.7.3.	Logros del proceso	120
2.7.4.	Metas o indicadores.....	121
2.7.5.	Retos y oportunidades de mejora.....	121
2.8.	SERVICIO FARMACÉUTICO	121
2.8.1.	Presentación.....	121
2.8.2.	Seguimiento a las actividades desarrolladas	123
2.8.3.	Logros del proceso	123
2.8.4.	Metas o indicadores.....	123
2.8.5.	Retos y oportunidades de mejora.....	128

2.9. CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	128
2.9.1. Presentación.....	128
2.9.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	130
2.9.3. Logros del proceso	131
2.9.4. Metas o indicadores.....	132
2.9.5. Retos y oportunidades de mejora.....	133
2.10. BANCO DE SANGRE	133
2.10.1. Presentación.....	133
2.10.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	134
2.10.3. Logros del proceso	136
2.10.4. Metas o indicadores.....	136
2.10.5. Retos y oportunidades de mejora.....	137
2.11. GESTIÓN PRE-TRANSFUSIONAL.....	137
2.11.1. Presentación.....	137
2.11.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	137
2.11.3. Logros del proceso	139
2.11.4. Metas o indicadores.....	140
2.11.5. Retos y oportunidades de mejora.....	140
3. APOYO.....	141
3.1. TALENTO HUMANO.....	141
3.1.1. Presentación.....	141
3.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	141
3.1.3. Logros del proceso	145
3.1.4. Metas o indicadores.....	150
3.1.5. Retos y oportunidades de mejora.....	153
3.2. RECURSOS FÍSICOS.....	155
3.2.1. GESTIÓN AMBIENTAL.....	155
3.2.1.1. Presentación.....	155
3.2.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	155
3.2.1.3. Logros del proceso	156
3.2.1.4. Metas o indicadores	156
3.2.1.5. Retos y oportunidades de mejora	158
3.2.2. INGENIERÍA BIOMÉDICA	159
3.2.2.1. Presentación.....	159
3.2.2.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	159
3.2.2.3. Logros del proceso.....	160
3.2.2.4. Metas o indicadores	163
3.2.2.5. Retos y oportunidades de mejora	165
3.2.3. MANTENIMIENTO HOSPITALARIO	165
3.2.3.1. Presentación.....	165
3.2.3.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	166
3.2.3.3. Logros del proceso.....	184
3.2.3.4. Metas o indicadores	185
3.2.3.5. Retos y oportunidades de mejora	187

3.3. GESTIÓN FINANCIERA.....	188
3.4. TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN.....	203
3.4.1. SISTEMAS INFORMATICOS.....	203
3.4.1.1. Presentación.....	203
3.4.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	203
3.4.1.3. Logros del proceso.....	203
3.4.1.4. Metas o indicadores	203
3.4.1.5. Retos y oportunidades de mejora	205
3.4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL.....	206
3.4.2.1. Presentación.....	206
3.4.2.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	206
3.4.2.3. Logros del proceso.....	207
3.4.2.4. Metas o indicadores	207
3.4.2.5. Retos y oportunidades de mejora	208
3.5. GESTIÓN JURÍDICA.....	208
3.5.1. OFICINA JURÍDICA.....	208
3.5.1.1. Presentación.....	208
3.5.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	209
3.5.1.3. Logros del proceso.....	210
3.5.1.4. Metas o indicadores	212
3.5.1.5. Retos y oportunidades de mejora	212
3.5.2. OFICINA DE CONTRATACIÓN	213
3.5.2.1. Presentación.....	213
3.5.2.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	213
3.5.2.3. Logros del proceso.....	215
3.5.2.4. Metas o indicadores	216
3.5.2.5. Retos y oportunidades de mejora	217
3.6. CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO.....	217
3.6.1. Presentación.....	217
3.6.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	218
3.6.3. Logros del proceso	220
3.6.4. Metas o indicadores.....	221
3.6.5. Retos y oportunidades de mejora.....	222
4. EVALUACIÓN.....	223
4.1. GESTIÓN DE CONTROL INTERNO.....	223
4.1.1. Presentación.....	223
4.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas	223
4.1.3. Logros del proceso	225
4.1.4. Metas o indicadores.....	225
4.1.5. Retos y oportunidades de mejora.....	225

PRESENTACIÓN

El presente Informe de Rendición de Cuentas correspondiente a la vigencia 2025 consolida de manera organizada y detallada la gestión adelantada por los diferentes procesos y áreas estratégicas del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., en cumplimiento de los objetivos institucionales y de los lineamientos establecidos en la normativa vigente. Su propósito principal es informar a la ciudadanía, a los organismos de control y a los demás grupos de interés sobre los resultados alcanzados durante el período evaluado, los avances obtenidos, los retos enfrentados y las acciones implementadas para garantizar la prestación de servicios de salud con calidad, oportunidad y eficiencia a la población del departamento.

La rendición de cuentas constituye un ejercicio fundamental para el fortalecimiento de la transparencia, el buen gobierno y la democracia, al propiciar espacios de interacción directa con la ciudadanía. A través de este informe, el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. promueve un diálogo abierto que permite a los ciudadanos conocer, evaluar y participar en los procesos institucionales, fortaleciendo la confianza en la gestión pública y favoreciendo la retroalimentación permanente orientada al mejoramiento continuo de los servicios.

Desde la normatividad, se da cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1757 de 2015 *“Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática”*, Ley 489 de 1998 en su artículo 33 *“Cuando la administración lo considere conveniente y oportuno, se podrán convocar a audiencias públicas en las cuales se discutirán aspectos relacionados con la formulación, ejecución o evaluación de políticas y programas a cargo de la entidad, y en especial cuando esté de por medio la afectación de derechos intereses colectivos.”* El CONPES 3654 de 2010 por el cual se establece la *“Política de rendición de cuentas de la Rama Ejecutiva a los ciudadanos”* y en el Título VII, Capítulo segundo de la Circular Externa 000008 de 2018 de Supersalud en el cual se promueve y se promueven los mecanismos de participación ciudadana, control social y de protección al usuario del servicio de salud.

Se toma como marco de referencia la Ley 1757 de 2015 la cual establece la definición de rendición de cuentas como *“Por rendición de cuentas se entiende el proceso conformado por un conjunto de normas, procedimientos, metodologías, estructuras, prácticas y resultados mediante los cuales, las entidades de la administración pública del nivel nacional y territorial y los servidores públicos informan, explican y dan a conocer los resultados de su gestión a los ciudadanos, la sociedad civil, otras entidades públicas y a los organismos de control, a partir de la promoción del diálogo.”*. A partir de allí se tiene en cuenta como guía en sus lineamientos y disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática.

El proceso de rendición de cuentas desarrollado por el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. se sustenta en los siguientes principios:

- **Transparencia:** Garantizar que la información suministrada sea clara, veraz, precisa y accesible para la ciudadanía.
- **Diálogo:** Promover espacios de interacción directa con la comunidad que permitan conocer sus inquietudes y recibir retroalimentación sobre la gestión institucional.
- **Responsabilidad:** Asumir de manera ética y consciente el compromiso de informar sobre el uso de los recursos públicos y los resultados obtenidos.
- **Participación ciudadana:** Fomentar la intervención activa de la comunidad en los procesos de control social y toma de decisiones.
- **Mejora continua:** Utilizar la información y los aportes ciudadanos para fortalecer y optimizar los procesos institucionales.

ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS

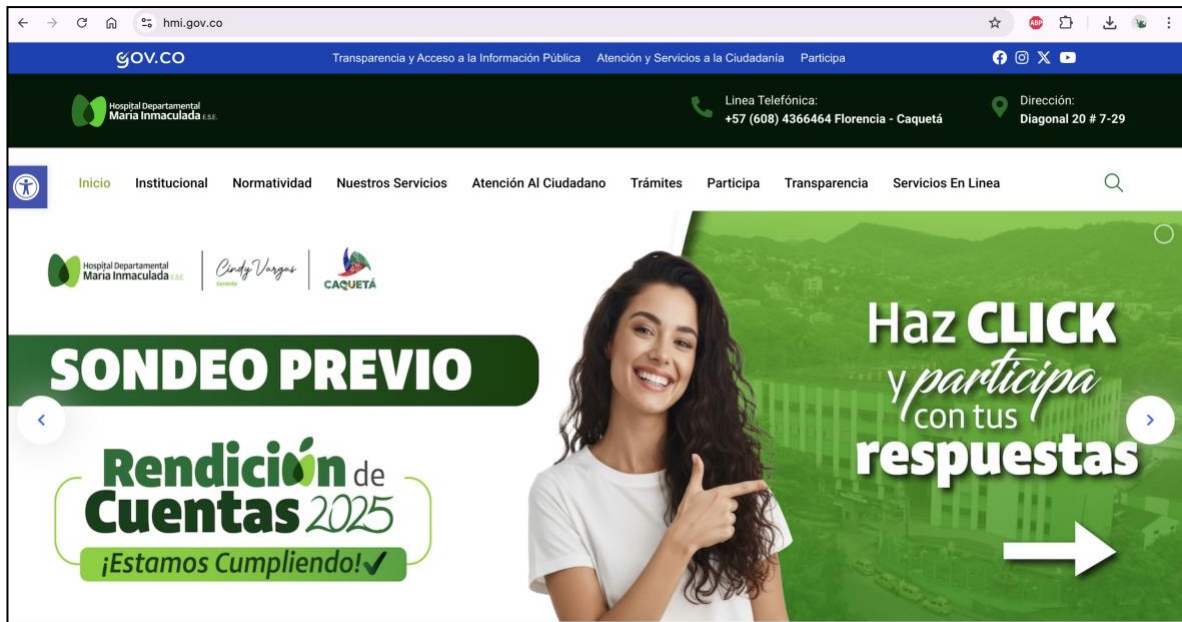
La Estrategia de Rendición de Cuentas del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. fue diseñada con base en un cronograma que define de manera detallada las actividades, responsables y fechas de ejecución, asegurando el cumplimiento integral de cada una de las etapas del proceso de rendición de cuentas, conforme a lo establecido en el Manual Único de Rendición de Cuentas (MURC). Esta planificación permite el adecuado desarrollo, seguimiento y ejecución del proceso, garantizando su coherencia y oportunidad.

La implementación de la estrategia está liderada por el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, en articulación con su equipo de trabajo y con el equipo líder de rendición de cuentas, conformado por:

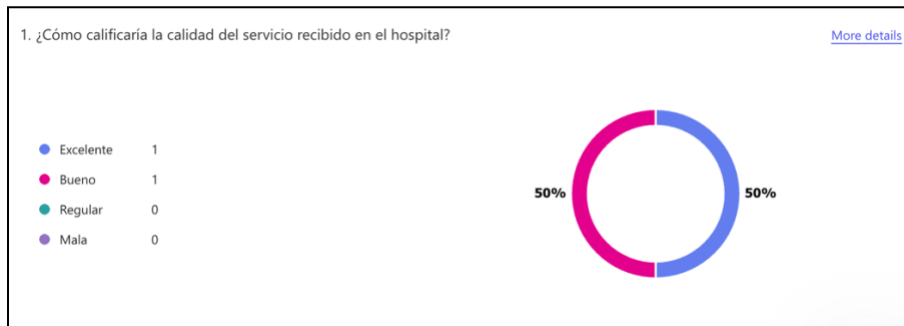
CARGO	PROCESO / ÁREA
Jefe Oficina Asesora de Planeación (Líder de rendición de cuentas)	Planeación y Comunicaciones
Subgerente Administrativa y Financiera	Subgerencia Administrativa y Financiera
Subgerente Científico	Subgerencia Científica
Jefe de Control Interno	Control Interno
Profesional Universitario Oficina de Sistemas	Oficina de Sistemas
Profesional Universitario Atención al Usuario	SIAU
Jefe Oficina Mantenimiento Hospitalario	Mantenimiento Hospitalario

SONDEO PREVIO

Con el propósito de identificar las necesidades, el nivel de satisfacción con los servicios prestados, las expectativas de la ciudadanía y la percepción general sobre la entidad, se llevó a cabo un sondeo previo a través de la página web institucional, el cual estuvo disponible a partir del 16 de febrero de 2025. Este ejercicio permitió establecer una línea base de información que orienta el desarrollo del proceso de Rendición de Cuentas, contribuyendo a que este se realice de manera efectiva, participativa y transparente.



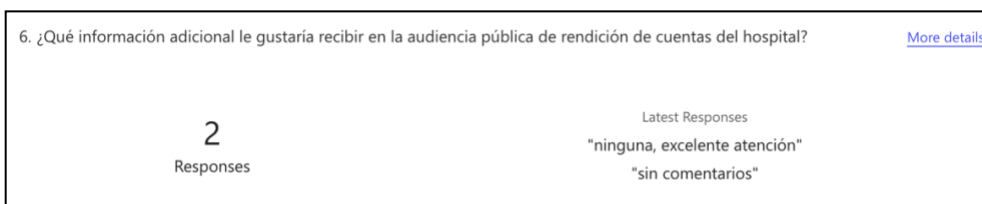
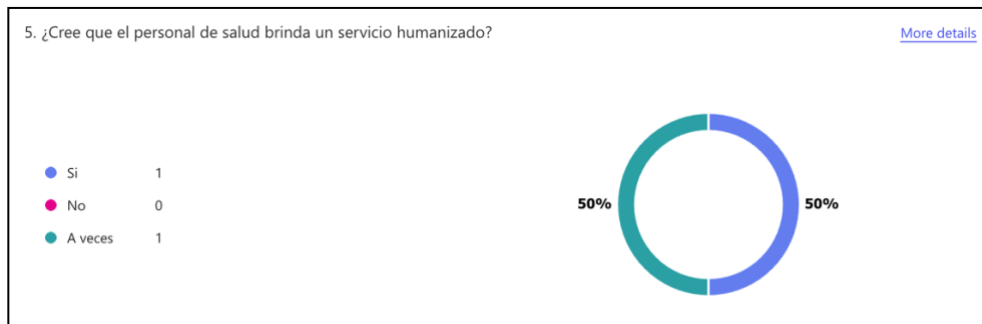
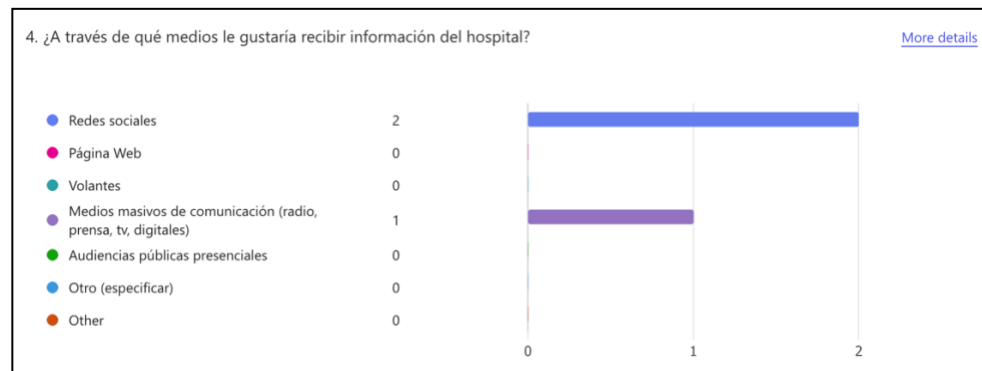
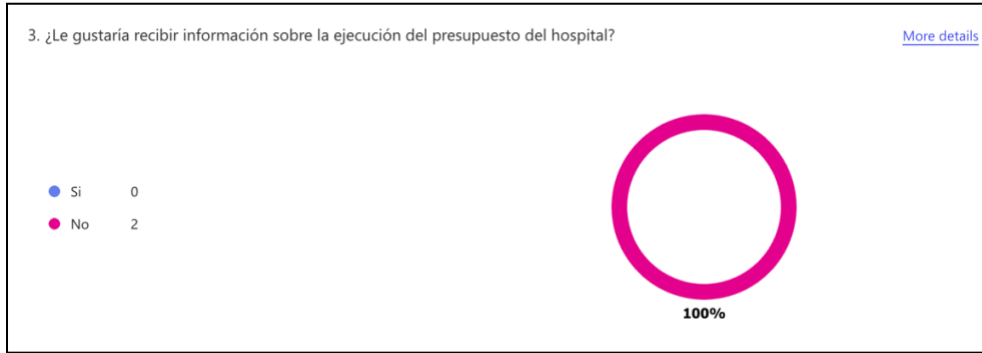
Del sondeo se obtuvieron 2 respuestas, con base en las cuales se evidenciaron los siguientes aspectos:



2. ¿Qué aspectos considera que deberíamos mejorar en la atención que le brindamos en el hospital?

2 Responses

ID ↑	Name	Responses
1	anonymous	que los especialistas hagan su ronda mínimo dos veces al día en urgencias, para acelerar los procesos que requieren los pacientes
2	anonymous	ninguno



- **Calidad del Servicio:** Las respuestas se distribuyen equitativamente entre excelente (50%) y bueno (50%), lo que refleja una percepción positiva general frente a la calidad del servicio prestado por la institución.
- **Sugerencias de Mejora:** Las opiniones recogidas son variadas; mientras una respuesta indica que no se requieren mejoras, otra sugiere fortalecer la frecuencia de las rondas médicas por parte de especialistas, especialmente en el área de urgencias, lo que evidencia oportunidades puntuales de mejora en la atención.

- **Medios de Información:** Las redes sociales (100%) se posicionan como el principal canal de preferencia para recibir información, seguidas en menor proporción por los medios masivos de comunicación (50%), evidenciando una clara inclinación hacia medios digitales.
- **Percepción del Servicio Humanizado:** Las respuestas se distribuyen entre “sí” (50%) y “a veces” (50%), lo que indica que, aunque existe una percepción favorable, aún hay aspectos por fortalecer en la humanización del servicio y la experiencia del usuario.
- **Información de Interés:** Las respuestas indican que no hay requerimientos específicos de información adicional, destacando comentarios como “ninguna” o percepciones positivas sobre la atención recibida, lo cual puede interpretarse como un nivel de satisfacción general, aunque con baja profundidad en la retroalimentación.

PROCESOS

1. ESTRATÉGICOS

1.1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.1.1. Presentación

El proceso de Direccionamiento Estratégico del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. está conformado por la Gerencia, la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Comunicaciones, y orienta la planeación, gestión y control institucional, garantizando la alineación de las estrategias con la misión, el objeto social y los lineamientos del sector salud. Durante la vigencia 2025, este proceso ha permitido consolidar una planeación estratégica coherente, enfocada en resultados y en el fortalecimiento de la toma de decisiones de la alta dirección.

A través de este proceso se lidera la formulación, articulación y seguimiento de los principales instrumentos de planeación institucional, tales como el Plan de Desarrollo, el Plan de Gestión, el Plan Operativo Anual (POA) y los proyectos de inversión, asegurando su coherencia con la normatividad vigente y las políticas públicas del sector. Así mismo, se contribuye a la adecuada gestión y ejecución de los contratos suscritos con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Entidades Responsables de Pago (ERP), promoviendo la sostenibilidad financiera y la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

De manera complementaria, el Direccionamiento Estratégico impulsa la implementación y mejora continua del Sistema Integrado de Gestión, fortaleciendo la aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), así como de

los sistemas SARLAFT, SICOF y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE). Estas herramientas permiten consolidar la gestión del riesgo, la transparencia, la integridad institucional y el fortalecimiento de la cultura organizacional.

Finalmente, el proceso integra las actividades desarrolladas por la Oficina de Comunicaciones, orientadas a la divulgación estratégica de la información institucional, el apoyo a la rendición de cuentas, la participación ciudadana y la visibilización de los resultados de la gestión. De esta manera, se reafirma el compromiso institucional con la mejora continua, la eficiencia en el uso de los recursos y una gestión pública basada en resultados, transparencia y confianza ciudadana.

1.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

- **Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG**

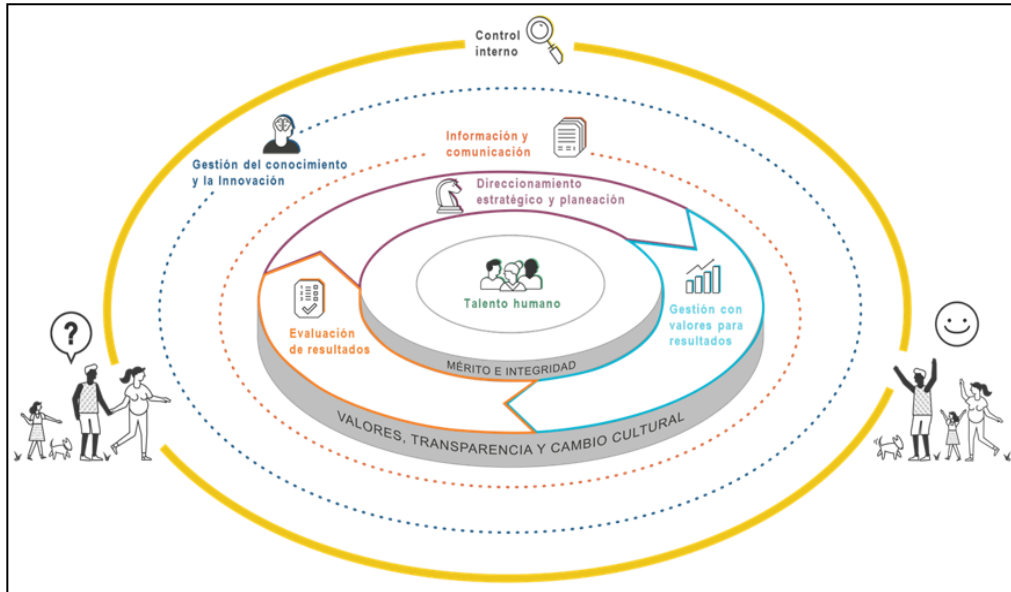
El Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio. Según decreto 1499 del 2017; Este modelo unifica los sistemas de gestión y control interno, articula la planeación y el desempeño institucional, y está diseñado para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios públicos a través de siete dimensiones operativas. En el Hospital María Inmaculada, se ha venido implementando de manera paulatina el Modelo Integrado de Planeación y Gestión dando, cumpliendo con la resolución No 503 del 23 de junio del 2022.



La implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en el Hospital María Inmaculada busca fortalecer su gestión para garantizar un servicio de salud integral y eficiente, alineando sus procesos con los principios de transparencia, eficiencia y orientación a la ciudadanía.

Al enfocar el trabajo en las siete dimensiones del modelo (Talento Humano, Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión con Valores para Resultados,

Evaluación de Resultados, Información y Comunicación, Gestión del Conocimiento y la Innovación, y Control Interno), el Hospital puede mejorar el bienestar de su personal, optimizar sus operaciones y asegurar la satisfacción de las necesidades de la comunidad a la que sirve.



Las dimensiones del MIPG se integran con las operaciones del Hospital para lograr sus objetivos:

- **Talento Humano:** Permite gestionar adecuadamente el ciclo del servidor público (ingreso, desarrollo y retiro), asegurando el bienestar y la capacitación del personal para una mejor atención a los pacientes.
- **Dirección Estratégica y Planeación:** Define la ruta estratégica del Hospital, enfocándose en satisfacer las necesidades de salud de los usuarios y fortalecer la confianza en la institución.
- **Gestión con Valores para Resultados:** Guía la realización de actividades orientadas al logro de resultados, garantizando los derechos de los ciudadanos y la correcta administración de los recursos públicos.
- **Evaluación de Resultados:** Fomenta el seguimiento y la evaluación continua del desempeño, identificando los efectos de la gestión en la atención a la comunidad.
- **Información y Comunicación:** Asegura un flujo de información eficiente entre la entidad y los ciudadanos, promoviendo la transparencia y el acceso a la información de salud.
- **Gestión del Conocimiento y la Innovación:** Impulsa la generación y el aprendizaje de conocimiento para la evolución continua de los servicios de salud.
- **Control Interno:** Establece los mecanismos de control para asegurar que el Hospital cumpla sus objetivos con eficiencia, eficacia y calidad.

Cada dimensión cuenta con políticas que se articulan con los procesos y procedimientos de la entidad. A continuación, la infografía presenta la relación de dichas políticas que en total son 19.



FURAG

La evaluación del Formulario Único de Reporte de Avance en la Gestión – FURAG, constituye una herramienta fundamental para valorar el grado de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en el Hospital María Inmaculada. Este instrumento permite identificar los avances, fortalezas y aspectos por mejorar en las diferentes dimensiones del modelo, contribuyendo así a la consolidación de una gestión pública eficiente, transparente y orientada a la calidad en la prestación de los servicios de salud.

A través de esta evaluación, el hospital busca fortalecer su capacidad institucional, garantizar el cumplimiento normativo y promover una cultura organizacional enfocada en la mejora continua, la satisfacción del usuario y el logro de resultados que respondan a las necesidades de la comunidad; en la vigencia 2023 que se evaluó en el periodo 2024, la entidad tuvo un puntaje del 73.9; para la vigencia 2024 que se evaluó en el periodo 2025 obtuvo un puntaje del 77,5; a continuación se representa en una gráfica.

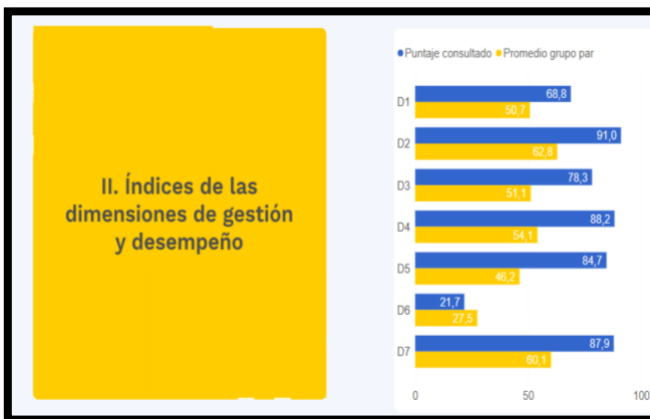
Vigencia 2023

Vigencia 2024



Fuente. Departamento Administrativo de la Función Pública

DIMENSIONES VIGENCIA 2024



Dimensión	Puntaje consultado
D1: Talento Humano	68,8
D2: Direccionamiento Estratégico y Planeación	91,0
D3: Gestión con Valores para Resultados	78,3
D4: Evaluación de Resultados	88,2
D5: Información y Comunicación	84,7
D6: Gestión del Conocimiento	21,7
D7: Control Interno	87,9

Estos avances se han venido trabajando, consolidando y socializando a través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, considerado uno de los comités más importantes de la entidad, por cuanto es el escenario estratégico donde se realiza el seguimiento integral a la gestión institucional, en este espacio se presentan y analizan los avances alcanzados en cada uno de los procesos, se evalúa el cumplimiento de metas e indicadores, se identifican oportunidades de mejora y se adoptan decisiones orientadas al fortalecimiento de la gestión pública. Todo lo anterior queda debidamente soportado en actas, garantizando trazabilidad y control.

En conclusión, la entidad evidencia un avance significativo en la implementación del MIPG, consolidado a través del trabajo articulado entre dependencias y del seguimiento estratégico realizado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, como instancia clave para la toma de decisiones y el fortalecimiento institucional.

- **Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva - SARLAFT/FPADM**

El Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FPADM) es un conjunto de políticas, procedimientos, herramientas y controles orientados a identificar, evaluar, controlar y monitorear los riesgos asociados a estas conductas ilícitas, con el fin de proteger la integridad institucional, salvaguardar los recursos públicos y fortalecer la confianza de los grupos de interés. Su implementación responde a los lineamientos establecidos en la Circular 00009 del 21 de abril de 2016 y la Circular Externa No. 20211700000005-5 del 17 de septiembre de 2021, expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

El SARLAFT/FPADM se estructura en cuatro etapas fundamentales: identificación, medición, control y monitoreo del riesgo, las cuales permiten asegurar que los procesos institucionales se ejecuten bajo principios de integridad, transparencia y trazabilidad, previniendo la materialización de riesgos asociados al lavado de activos y la financiación del terrorismo.

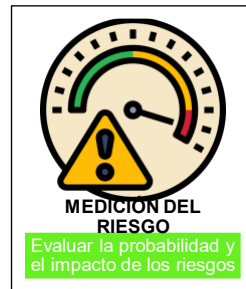
Metodología de Verificación

Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.



Para la verificación de la correcta implementación del sistema, se aplicó una metodología estructurada en las fases de planeación, ejecución, análisis y reporte, mediante revisión documental, entrevistas estructuradas, observación directa, muestreo selectivo y contraste normativo, fortaleciendo así los mecanismos de control interno y el mejoramiento continuo del sistema.

ETAPAS DE SARLAFT Y SICOF



Durante la vigencia 2025, se realizaron diversas actividades orientadas al fortalecimiento del SARLAFT/FPADM y a la consolidación de una cultura organizacional basada en el reporte oportuno, la integridad y la transparencia. Entre las principales acciones realizadas se destacan:

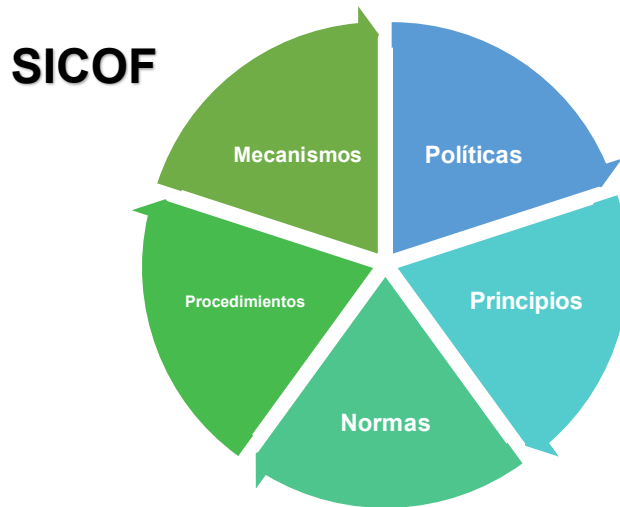
- Elaboración y presentación de informes de cumplimiento trimestrales, semestrales y anual presentados ante la Junta Directiva, Gerencia, Control Interno y Revisoría Fiscal.
- Ejecución de auditorías internas semestrales al Sistema SARLAFT/FPADM.
- Desarrollo de capacitaciones dirigidas a servidores públicos y contratistas sobre la gestión del riesgo de LA/FT/FPADM.
- Creación e implementación del curso institucional de SARLAFT, como estrategia de fortalecimiento de la cultura de cumplimiento.
- Realización de reportes ante la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF), conforme a la normatividad vigente.
- Ejecución de la autoevaluación de la gestión del riesgo SARLAFT ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Actualización y fortalecimiento permanente del Manual SARLAFT/FPADM, matrices de riesgo, procedimientos y documentación soporte del sistema.
- Acompañamiento y atención a requerimientos de auditorías internas y externas, garantizando la trazabilidad de las acciones correctivas y de mejora.

En conclusión, durante la vigencia 2025 el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. fortaleció de manera significativa la implementación del SARLAFT, mediante el cumplimiento de los lineamientos normativos, la ejecución de actividades de control, seguimiento y capacitación, y la generación de informes periódicos. Estas acciones han contribuido a consolidar una cultura institucional orientada a la prevención, la transparencia, la integridad y el mejoramiento

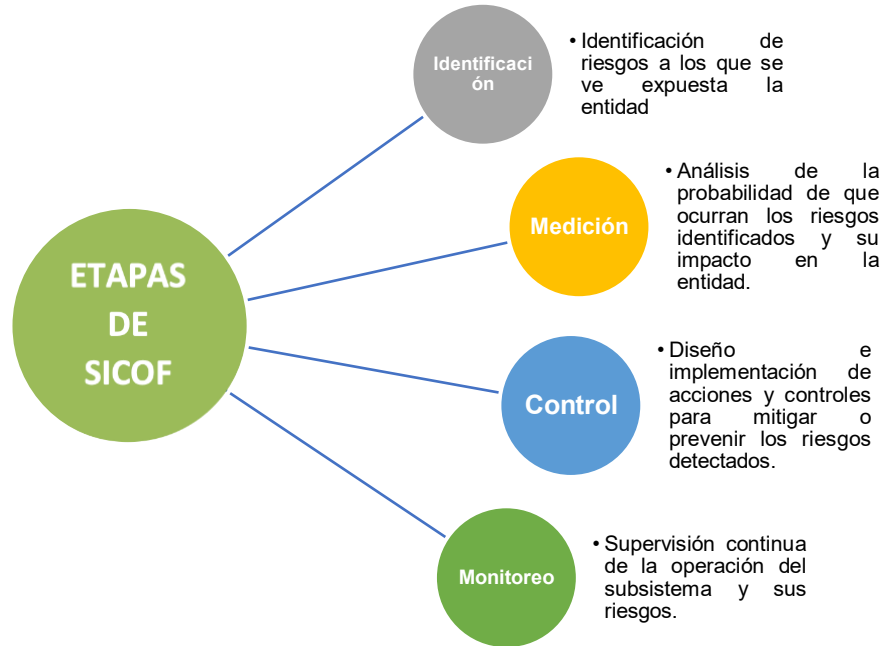
continuo, mitigando los riesgos asociados al lavado de activos y la financiación del terrorismo y fortaleciendo la confianza de los grupos de interés.

- **Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF**

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) es un marco de políticas, procedimientos y controles adoptados por las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, orientado a prevenir, detectar y mitigar riesgos de corrupción, opacidad y fraude que puedan afectar la transparencia, la ética y la eficiencia institucional. En el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., su implementación responde a lo dispuesto en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, que establece los lineamientos mínimos para su diseño, operación y seguimiento.



El SICOF, al igual que el SARLAFT, está estructurado en etapas de identificación, medición, control y monitoreo de riesgos, y busca garantizar que los procesos institucionales se desarrollen con integridad y trazabilidad, evitando la ocurrencia de actos de corrupción o fraude tanto al interior como al exterior de la entidad.



Acciones ejecutadas

- Adopción del SICOF conforme a la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, en armonía con SARLAFT.
- Presentación y aprobación del Manual SARLAFT/FPADM y SICOF, aprobado por la Junta Directiva mediante Acuerdo 002 del 10 de enero de 2025, que define políticas, procedimientos, roles y responsabilidades, este manual constituye la hoja de ruta institucional para garantizar la gestión integral de los riesgos asociados al lavado de activos, la financiación del terrorismo, la corrupción, la opacidad y el fraude.
- Desarrollo de jornadas de capacitación trimestrales dirigidas a funcionarios y contratistas, con enfoque en la promoción de la transparencia, ética, cultura del reporte y prevención de riesgos de corrupción, opacidad y fraude.
- Ejecución de dos auditorías interna a las áreas críticas que concentran operaciones sensibles, manejo de recursos y riesgos institucionales clave, para verificar el cumplimiento de los procedimientos establecidos y la eficacia del sistema.
- Diligenciamiento de la Autoevaluación de la Gestión de Riesgos vigencia 2024 de la Superintendencia Nacional de Salud, como herramienta de seguimiento, verificación del nivel de implementación del sistema y fortalecimiento continuo de los procesos de administración del riesgo.

El desarrollo del SICOF durante la vigencia 2025 evidencia el compromiso del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. con la prevención de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude, a través de la adopción de lineamientos normativos, la ejecución de acciones de control, auditoría y capacitación, y el seguimiento permanente a los procesos institucionales. Estas actividades han

contribuido al fortalecimiento de la cultura de la integridad, la transparencia y la ética pública, así como al mejoramiento continuo del sistema de control y la gestión institucional.

- **Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE**

El Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. se implementa en cumplimiento de la Ley 2195 de 2022, que modificó el artículo 31 del Estatuto Anticorrupción (Ley 1474 de 2011), y del Decreto 1122 de 2024, los cuales establecen la obligatoriedad para las entidades públicas de adoptar programas orientados a la promoción de la integridad, la transparencia y la lucha contra la corrupción. Adicionalmente, el PTEE se rige por la Circular Externa No. 202215100000053-5 de 2022 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, que establece lineamientos específicos para su implementación, seguimiento y evaluación en las entidades del sector salud.

El seguimiento al programa se estructura en cuatro componentes: gestión del riesgo, redes de articulación, cultura de legalidad y estado abierto, además de una línea de iniciativas adicionales. Su seguimiento se soporta en el formato institucional DE-F-22, aprobado por el Comité de Gestión y Desempeño el 29 de enero de 2025, como herramienta de control interno.

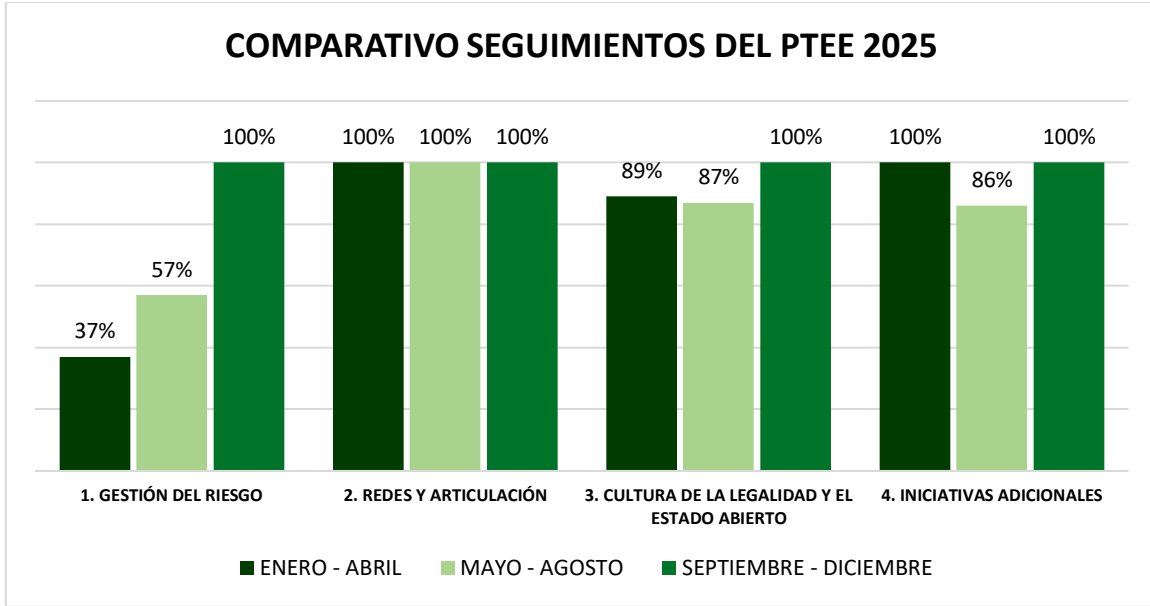
La incorporación del PTEE al Modelo Integrado de Gestión del Riesgo y su articulación con el Sistema de Control Interno fortalecen su rol como eje transversal en la gestión institucional. A través de auditorías internas, socialización de lineamientos, aplicación de controles y desarrollo de capacitaciones, el Hospital ha consolidado avances en el fortalecimiento de la cultura ética organizacional, promoviendo un entorno libre de prácticas indebidas y comprometido con la transparencia, la legalidad y la mejora continua.

Acciones ejecutadas

- **Seguimiento cuatrimestral del programa:**

Durante la vigencia 2025 se diseñó e implementó el **formato institucional DE-F-22**, como herramienta oficial para realizar el seguimiento cuatrimestral del PTEE. Este instrumento, aprobado por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, permite consolidar la información de cada uno de los componentes del programa y verificar el cumplimiento de las metas proyectadas, fortaleciendo el control interno y la trazabilidad de los avances institucionales. Los cortes de seguimiento fueron definidos de manera cuatrimestral así:

- 30 de abril
- 31 de agosto
- 31 de diciembre de 2025



De manera consolidada, los resultados durante el 2025 evidencian una evolución positiva y sostenida en la implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial, reflejando una mejora significativa entre el segundo y el tercer seguimiento cuatrimestral, consolidando un desempeño anual satisfactorio de **89%**.

- Elaboración y presentación de informes de cumplimiento trimestrales, semestrales y anual presentados ante la Junta Directiva, Gerencia, Control Interno y Revisoría Fiscal.
- Ejecución de auditorías internas semestrales al PTEE.
- Desarrollo de capacitaciones dirigidas a servidores públicos y contratistas sobre la el PTEE.



Cabe resaltar que la vigencia 2025 corresponde a la primera implementación del PTEE en el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., en el marco del proceso de transición del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano hacia el Programa de Transparencia y Ética Empresarial. En este contexto, los resultados obtenidos evidencian un avance significativo en la estructuración, ejecución y apropiación institucional del programa, sentando una base sólida para su fortalecimiento y consolidación en las próximas vigencias, con miras a robustecer de manera continua la gestión de la integridad, la transparencia y la prevención de la corrupción.

- **Panorama de Contratación**

En el marco de la gestión contractual del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., el presente informe consolida el panorama de contratación con las Entidades Responsables de Pago (ERP) a 31 de diciembre de 2025, permitiendo evidenciar la distribución de los contratos vigentes según el régimen de afiliación, la fuente de financiación y la participación de cada entidad en la red de servicios de salud. Esta información constituye un insumo clave para el análisis financiero y la planeación estratégica, al reflejar el comportamiento de la contratación tanto en el régimen subsidiado, contributivo y otros esquemas especiales, como en los componentes de subsidio a la oferta y Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

INFORME DE CONTRATACION - ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP) 31 DICIEMBRE DE 2025							
ERP/EPS	AFILIADOS 2025 SGSSS	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	SUBSIDIO A LA OFERTA	PIC	TOTAL CONTRATOS
ASMETSALUD	341.316	\$ 84.785.002.030	\$ 2.650.521.190				\$ 95.043.871.788,00



INFORME DE CONTRATACION - ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP) 31 DICIEMBRE DE 2025							
ERP/EPS	AFILIADOS 2025 SGSSS	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	SUBSIDIO A LA OFERTA	PIC	TOTAL CONTRATOS
ASMET SALUD PRIMER NIVEL CAPITA (PRIMER NIVEL)		\$ 3.795.042.348					
ASMET SALUD PRIMER NIVEL EVENTO (PRIMER NIVEL)		\$ 3.105.000.000	\$ 587.030.000				
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		\$ 60.638.110	\$ 60.638.110				
NUEVA EPS	68.678	\$ 7.200.000.000	\$ 7.200.000.000				\$ 14.400.000.000,00
POLICIA NACIONAL (Regional de Aseguramiento No.2)			\$ -	\$ 1.050.000.000,00			\$ 1.050.000.000,00
ESM BATALLON ASPC NO.12 Gral. Fernando Serrano			\$ -	\$ 3.000.000.000,00			\$ 3.000.000.000,00
FIDEICOMISO PATRIMONIOS AUTONOMOS FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A/FOMAG				\$ 1.767.762.738,00			\$ 1.767.762.738,00
SANITAS EPS	42.856		\$ 9.000.000.000,00	\$ -			\$ 9.000.000.000,00
SENA				\$ 30.000.000,00			\$ 30.000.000,00
CEDIM				\$ 160.000.000,05			\$ 80.000.000,00
UROCAQ				\$ 15.000.000,00			\$ 15.000.000,00
CORPOMEDICA				\$ 30.000.000,00			\$ 30.000.000,00
POSITIVA				\$ 500.000.000,00			\$ 500.000.000,00
GOBERNACIÓN PIC-DEPARTAMENTAL						\$ 700.000.000,00	\$ 700.000.000,00
MUNICIPIO DE LA MONTAÑITA PIC-2025						\$ 318.148.392,00	\$ 318.148.392,00
MUNICIPIO DE MORELIA PIC-2025						\$ 133.020.000,00	\$ 133.020.000,00
GOBERNACIÓN PIC INDIGENA-DEPARTAMENTAL						\$ 120.000.000,00	\$ 120.000.000,00
GOBERNACIÓN DE CAQUETA					\$ 3.383.246.326,00		\$ 3.383.246.326,00
COMPENSAR EPS		\$ 500.000.000,00	\$ 500.000.000,00				\$ 1.000.000.000,00
EMSSANAR EPS SAS		\$ 1.270.000.000,00	\$ 140.000.000,00				\$ 1.410.000.000,00
MEDILASER				\$ 30.000.000			\$ 30.000.000,00
TOTAL		\$ 100.715.682.488,00	\$ 20.138.189.300,00	\$ 6.582.762.738,05	\$ 3.383.246.326,00	\$ 1.271.168.392,00	\$ 132.011.049.244,00

El valor total contratado con las diferentes Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), regímenes especiales y otras fuentes de financiación asciende a \$132.011.049.244,00.

Este monto proviene de cinco grandes fuentes de financiación, distribuidas de la siguiente manera:

- Régimen subsidiado: \$100.715.682.488
- Régimen contributivo: \$20.138.189.300
- Otros (fondos especiales, regímenes exceptuados, aseguramiento especial y convenios interinstitucionales): \$6.582.762.738,05
- Subsidio a la oferta: \$3.383.246.326
- Planes de Intervenciones Colectivas (PIC): \$1.271.168.392

El mayor volumen de contratación corresponde a Asmet Salud EPS, con una participación aproximada del 72% del total contratado, equivalente a \$95.043.871.788, que integra los componentes correspondientes a primer nivel de atención, servicios complementarios y eventos. Este comportamiento ratifica la importancia de esta EPS como principal aliado estratégico del hospital, considerando su amplia base de afiliados, estimada en 341.316 usuarios, y su cobertura regional dentro del régimen subsidiado.

En segundo lugar, Nueva EPS representa cerca del 10,9% del total contratado, con un valor de \$14.400.000.000, distribuidos equitativamente entre los regímenes subsidiado y contributivo, lo que refleja su relevancia dentro del aseguramiento en el departamento.

Posteriormente se destacan los convenios suscritos con Sanitas EPS, por \$9.000.000.000, orientados principalmente a la atención de usuarios del régimen contributivo, así como los acuerdos establecidos con FOMAG – Fiduciaria La Previsora, por \$1.767.762.738, que garantizan la prestación de servicios a la población docente afiliada al régimen especial del magisterio.

De igual forma, dentro de las fuentes catalogadas como “otros”, se incluyen contratos relevantes con entidades como Policía Nacional, Ejército Nacional, Positiva Compañía de Seguros, SENA y otros convenios institucionales, que en conjunto suman \$6.582.762.738, fortaleciendo la diversificación de las fuentes de financiación y ampliando la cobertura de servicios a diferentes poblaciones especiales.

En cuanto a la financiación por subsidio a la oferta, se registra un convenio con la Gobernación del Caquetá por valor de \$3.383.246.326, destinado al fortalecimiento de la capacidad instalada y la sostenibilidad de la red pública hospitalaria.

Adicionalmente, se destacan los contratos suscritos en el marco de los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC) departamental y municipal, por un valor conjunto

de \$1.271.168.392, los cuales reflejan el compromiso institucional con el desarrollo de acciones colectivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo en salud pública.

Desde la perspectiva de la distribución por régimen, el régimen subsidiado concentra el 76,3% del total contratado, equivalente a \$100.715 millones, mientras que el régimen contributivo representa el 15,3%, con \$20.138 millones, lo cual evidencia la alta dependencia del hospital frente a la población afiliada al régimen subsidiado y reafirma su papel como prestador público estratégico para la atención de poblaciones vulnerables del departamento.

- **Plan Operativo Anual 2025**

En el marco de la planeación estratégica institucional, el Plan Operativo Anual (POA) 2025 se consolida como la hoja de ruta que traduce los diecisiete objetivos estratégicos definidos en el Plan de Desarrollo 2025–2028 del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. Estos objetivos se articulan en cinco perspectivas: aprendizaje y desarrollo, responsabilidad social y corporativa, procesos internos, clientes y financiera.

El POA permite alinear la planeación plurianual con el presupuesto de la vigencia, priorizando programas y proyectos que fortalecen la misión institucional de prestar servicios de salud con calidad, seguridad, humanización y sostenibilidad. De esta forma, constituye un instrumento clave para la gestión institucional, ya que posibilita el seguimiento periódico de las actividades priorizadas, la medición de indicadores de eficiencia y eficacia, y la generación de información objetiva para la toma de decisiones. En cuanto a su marco normativo, el Decreto 1876 de 1994 establece que el POA y el presupuesto anual deben ser aprobados por la Junta Directiva, en concordancia con el Plan de Desarrollo. Para su seguimiento, se utiliza el Formato DE-F-01 Plan Operativo Anual, a través del cual los líderes de proceso reportan los avances trimestrales, que luego son socializados en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, garantizando trazabilidad, transparencia y rendición de cuentas.

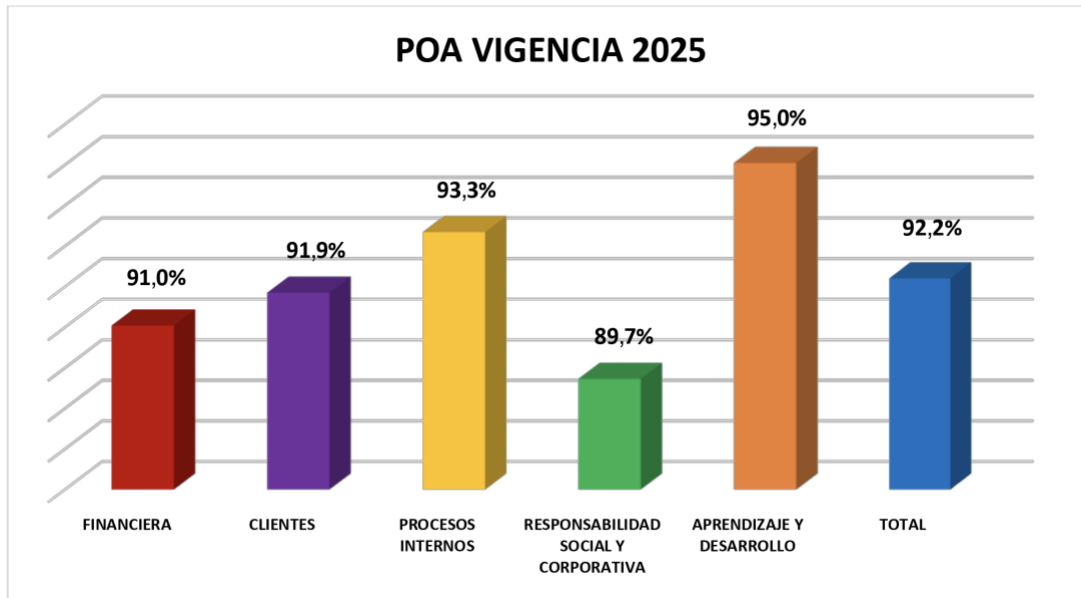
Acciones Ejecutadas

- **Formulación y aplicación del POA mediante formato DE-F-01:** Se formuló el POA priorizando los indicadores que se les debe dar cumplimiento en la vigencia 2025, y se estableció el formato DE-F-01 como herramienta oficial de reporte trimestral de avances del POA, asegurando la captura estandarizada de información y la trazabilidad de resultados.

DESCOMANADO ESTRATÉGICO						
PLAN OPERATIVO ANUAL 2025						
PERSPECTIVA	FINANCIERA					
POLÍTICAS	Política de Control y Autenticidad en el Gasto, Políticas Contables					
OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.					
ESBARGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESBARGADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	RESPONSABLE
			Porcentaje ocupacional en urgencias	30	90	Profesional responsable del Centro de Atención y Diagnóstico
			Porcentaje de pacientes con estancias hospitalarias a 24 horas en urgencias	8,88	15	

- Consolidación y socialización trimestral de resultados:** Los líderes de proceso presentaron sus reportes, los cuales fueron consolidados por la Oficina Asesora de Planeación y socializados en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, lo que permitió identificar logros, brechas y acciones correctivas.
- Resultado de ejecución anual:** Para la vigencia 2025, el POA presentó un resultado del 92,2%, reflejando una evolución positiva y un mayor nivel de ejecución de las actividades planificadas. Este resultado da cuenta del fortalecimiento de la gestión institucional, el mejoramiento continuo de los procesos y el cumplimiento progresivo de los objetivos estratégicos.

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



En términos generales, el comportamiento del Plan Operativo Anual durante la vigencia 2025 evidencia una gestión institucional sólida, eficiente y orientada al logro de los objetivos estratégicos, con una tendencia positiva y progresiva en los niveles de cumplimiento a lo largo del año. El incremento del avance refleja el fortalecimiento de los procesos internos, la mejora en la atención al usuario y el compromiso institucional con la responsabilidad social y la transparencia.

- **Plan de Gestión**

El plan de gestión del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., se constituye en el documento que refleja los compromisos que el Gerente establece ante la Junta Directiva de la entidad, los cuales contienen, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera, Administrativa y Clínica o asistencial, que sin ir en contravía de la planeación general de la institución, se constituye en un documento independiente, cuyo cumplimiento se mide a través de los indicadores definidos en la resolución 710 DE 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018.

El Plan de Gestión **2024-2027** contiene todos los indicadores definidos por el estado colombiano a través de su normatividad y servirán posteriormente para medir el desempeño del equipo administrativo, en particular el desempeño de su gerente. Los indicadores miden la gestión y los resultados, cumplimiento de metas, la eficiencia y calidad en la prestación del servicio y centran su atención en mantener una robustez económica y una estabilidad financiera para la organización.

Está compuesto por tres áreas de gestión y 20 indicadores así:

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR
AREA DE GESTIÓN, DIRECCIÓN Y GERENCIA (ESTRATÉGICA)	1	Mejoramiento continuo de Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.
AREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	4	Riesgo Fiscal y Financiero
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de empresas sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.
	8	Utilización de la información de Registro Individual de prestadores RIPS
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia nacional de salud o la norma que la sustituya
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya
AREA DE GESTIÓN, CLÍNICA O ASISTENCIAL	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida
	14	Oportunidad en la Realización de Apendicetomía
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna

Evaluación vigencia 2024

De conformidad con lo establecido en el artículo 72 de la Ley 1438 de 2011 y en las directrices de la Función Pública, la evaluación de gestión de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado se realiza únicamente cuando estos han ejercido el cargo durante un período anual completo y continuo.

En la vigencia 2024 no se efectuó la evaluación de gestión del gerente, toda vez que no se cumplió el requisito de permanencia de un año consecutivo en el cargo.

Evaluación vigencia 2025

PLAN DE GESTIÓN 2025 (RESOLUCIÓN 408 DEL 2018)						
Área de Gestión	No	TIPO DE E.S.E.	INDICADOR	ESTANDAR	LINEA BASE	RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO
ÁREA DE GESTIÓN, DIRECCIÓN Y GERENCIA (ESTRATÉGICA)	1	NIVEL II	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	≥ 1.20	1,01	1,03
	2		Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	≥ 0.90	0,37	1,00
	3		Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	≥ 0.90	0,84	0,92
ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	4	NIVEL II	Riesgo Fiscal y Financiero	Sin riesgo	Sin riesgo fiscal y financiero	Sin riesgo
	5		Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida	$< 0,90$	1,22	Pendiente

PLAN DE GESTIÓN 2025 (RESOLUCIÓN 408 DEL 2018)						
Área de Gestión	No	TIPO DE E.S.E.	INDICADOR	ESTANDAR	LINEA BASE	RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO
	6		Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de empresas sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos	≥0,70	0,04	0,00
	7		Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Cero (0) o variación Negativa	-1,13	2,14
	8		Utilización de la información de Registro Individual de prestadores RIPS	4	4	4
	9		Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥1	0,90	Pendiente
	10		Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia nacional de salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	NO CUMPLE	Cumplimiento dentro de los términos previstos
	11		Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	CUMPLE	Cumplimiento dentro de los términos previstos
AREA DE GESTIÓN, CLÍNICA O ASISTENCIAL	12	NIVEL I, II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	≥ 0,8	100,00	1,00
	13	NIVEL II	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	≥ 0,8	0,67	Pendiente
	14	NIVEL II	Oportunidad en la Realización de Apendicetomía	≥ 0,9	0,97	0,96
	15	NIVEL II	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0	0,00	0,00

PLAN DE GESTIÓN 2025 (RESOLUCIÓN 408 DEL 2018)						
Área de Gestión	No	TIPO DE E.S.E.	INDICADOR	ESTANDAR	LINEA BASE	RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO
	16	NIVEL II	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	$\geq 0,9$	0,94	0,95
	17	NIVEL II	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	$\geq 0,9$	100,00	1,00
	18	NIVEL II	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	≤ 5	2.4 días	2,19
	19	NIVEL II	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	≤ 8	6 días	3,60
	20	NIVEL II	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	≤ 15	8,9 días	9,72

El proceso de consolidación de la información correspondiente al Plan de Gestión 2025 evidencia un avance significativo en la recopilación, validación y análisis de los indicadores establecidos en el marco de la Resolución 408 de 2018. A la fecha del presente informe se cuenta con el reporte consolidado de la mayoría de los indicadores, permitiendo realizar una aproximación al comportamiento de la gestión institucional durante la vigencia evaluada.

Se identificó que algunos indicadores aún no cuentan con medición definitiva debido a que dependen de la disponibilidad de información oficial en plataformas externas, especialmente del Sistema de Información Hospitalaria – SIHO, en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, así como de procesos de validación interna asociados a indicadores clínicos o administrativos cuya consolidación se encuentra en curso.

Se resalta que el presente informe corresponde a un resultado preliminar, el cual será complementado con la totalidad de los anexos y soportes técnicos requeridos para su presentación formal ante la Junta Directiva y los organismos de control, una vez se disponga de la totalidad de los reportes oficiales y se realicen las validaciones finales correspondientes en los tiempos establecidos por la Resolución 408 de 2018.

- **Proyectos de Inversión**

El Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., en su compromiso con el fortalecimiento de la red pública hospitalaria del Caquetá, ha desarrollado una serie de proyectos estratégicos orientados al mejoramiento de la infraestructura, la dotación tecnológica, la prestación de servicios especializados y la movilidad asistencial. Estas iniciativas responden a las necesidades identificadas en el marco del Plan de Desarrollo Institucional 2025–2028 y a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, buscando garantizar una atención segura, oportuna y de calidad para la población del departamento.

Los proyectos radicados y gestionados ante las diferentes instancias Ministerio de Salud, Gobernación del Caquetá y otras entidades financiadoras representan un esfuerzo articulado por optimizar los recursos públicos, modernizar los equipos biomédicos y fortalecer la capacidad instalada a través del mejoramiento de la infraestructura hospitalaria. Entre ellos se destacan la reposición del tomógrafo, las adecuaciones menores de infraestructura, la adquisición de vehículos para transporte asistencial y la ampliación de áreas críticas y de servicios prioritarios, todos enfocados en consolidar un modelo de atención integral y sostenible.

La importancia de estos proyectos radica en su contribución directa al cumplimiento de los objetivos institucionales de eficiencia, accesibilidad y sostenibilidad del sistema hospitalario, fortaleciendo la red de referencia y contrarreferencia del Caquetá, reduciendo las brechas de atención y mejorando los estándares de seguridad del paciente. Asimismo, su gestión demuestra la capacidad técnica, administrativa y de planeación del hospital, que continúa posicionándose como el principal prestador público de servicios de salud de mediana en la región.

SEGUIMIENTOS A LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN						
PROYECTOS PRESENTADOS						
No.	Nombre del proyecto	Estado	Valor	Fuente	Entidad ejecutora	Observación
1	Reposición de Equipo de Tomografía del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, Sede Principal en el municipio de Florencia, Caquetá	Radicado al Ministerio 22/12/2025 Radicado No. 2025423003300712	\$ 4.328.358.975	Ministerio de Salud	Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E	Esperando viabilidad por parte del MSPS
2	Adecuación menor de infraestructura física del puesto de salud Reina Baja de la E.S.E Hospital Departamental María Inmaculada en el municipio de La Montañita, departamento del Caquetá	Radicado al Ministerio 25/08/2025 Radicado No. 2025423002998760	\$ 595.843.810	Ministerio de Salud	Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E	Proyecto viabilizado, esperando asignación de recursos
3	Adecuación menor de infraestructura física del puesto de salud San Isidro de la E.S.E Hospital Departamental María Inmaculada en el municipio	Radicado al Ministerio 25/08/2025 Radicado No. 2025423003001162	\$ 447.801.624	Ministerio de Salud	Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E	Proyecto viabilizado, esperando asignación de recursos

SEGUIMIENTOS A LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN						
PROYECTOS PRESENTADOS						
No.	Nombre del proyecto	Estado	Valor	Fuente	Entidad ejecutora	Observación
	de La Montañita, departamento del Caquetá					
4	Adecuación de infraestructura para fortalecer la capacidad instalada del servicio de hospitalización en el Hospital Departamental María Inmaculada, en el municipio de Florencia, Caquetá	Radicado a la Gobernación del Caquetá 30/09/2025	\$ 2.858.180.116,00	Recursos propios de la Gobernación	Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E	Esperando concepto de viabilidad y asignación de recursos
5	Adecuación de la infraestructura física 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	Radicado al Ministerio de Salud 16/12/2025 Radicado No. 2025423003001162	\$ 3.744.890.350,00	Ministerio de Salud	Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E	Esperando concepto de viabilidad y asignación de recursos
6	Adquisición de 4 vehículos de transporte para uso administrativo y apoyo misional a las actividades derivadas del objeto social de la E.S.E Hospital María Inmaculada de Florencia Caquetá	Radicado al Ministerio de Salud No. 202542402082832	\$ 1.012.636.134,45	Ministerio de Salud	Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E	Proyecto viabilizado, esperando asignación de recursos
7	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	Radicado al Ministerio de Salud No. No. 2025423004176742	\$ 1.138.714.452,42	Ministerio de Salud	Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E	Proyecto viabilizado, esperando asignación de recursos
8	Construcción y adecuación de la planta de tratamiento de aguas residuales (PTAR) del Hospital Departamental María Inmaculada, en el municipio de Florencia, Caquetá.	Radicado a la Gobernación del Caquetá 01/12/2025	\$3.235.453.959,97	Recursos propios de la Gobernación	Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E	Esperando concepto de viabilidad y asignación de recursos

SEGUIMIENTOS A LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN						
PROYECTOS PRESENTADOS						
No.	Nombre del proyecto	Estado	Valor	Fuente	Entidad ejecutora	Observación
9	Adquisición y reposición de tecnologías de la información (equipos de cómputo, servidores, almacenamiento, licenciamientos etc.) para el Hospital Departamental María Inmaculada, en el Departamento del Caquetá	Radicado al Ministerio 15/12/2025	\$2.682.476.409,00	Ministerio de Salud	Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E	Esperando subsanación a observaciones realizada por el MSPS
10	Dotación de equipos biomédicos para habilitación del centro de salud de la E.S.E. Hospital Departamental María Inmaculada Morelia, Caquetá	Radicado al Ministerio 27/11/2025 Radicado No. No. 2025423004541842	\$ 296.906.000,00	Ministerio de Salud	Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E	Esperando concepto de viabilidad y asignación de recursos
PROYECTOS FORMULADOS SIN RADICARSE						
6	Adecuación menor de infraestructura física del puesto de salud El Triunfo de la E.S.E Hospital Departamental María Inmaculada en el municipio de La Montañita, departamento del Caquetá	En estructuración - Presentado inicialmente al Ministerio	\$ 365.549.815	Ministerio de Salud	Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E	Proyecto sin radicarse debido a problemas con el predio, lo anterior teniendo en cuenta que este se encuentra en propiedad de la Junta de Acción Comunal, por lo tanto, no se puede intervenir.
7	Fortalecimiento de la captación de sangre en el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E mediante la adquisición de unidad móvil, en el municipio de Florencia, en el departamento del Caquetá	En estructuración	\$ 1.151.307.886,79	Ministerio de Salud	Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E	Se realizo mesa técnica y está en proceso de ajuste para radicar.
10	Adquisición de dotación para una sala de cirugía de la E.S.E Hospital Departamental María Inmaculada - Caquetá.	En estructuración	\$ 672.601.459	Ministerio de Salud	Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E	En proceso de estructuración
11	Proyecto de implementación TELESALUD HMI	En estructuración - Fase de diagnostico	-	Ministerio de Salud	Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E	En proceso de estructuración
12	Construcción de la Sede Unidad de Salud Mental del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E ubicada en Florencia departamento del Caquetá.	En estructuración	\$ 22.000.000.000	Ministerio de Salud	Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E	En proceso de estructuración, formulado parcialmente.

1.1.3. Logros del proceso

Durante la vigencia 2025, el proceso de Direccionamiento Estratégico consolidó importantes avances orientados al fortalecimiento de la planeación, la transparencia y la gestión institucional. Se detallan los principales logros alcanzados:

- **Presentación y aprobación del Plan de Desarrollo 2025–2028:** Se realizó la formulación, presentación y aprobación ante la Junta Directiva del Plan de Desarrollo Institucional 2025–2028, el cual define los lineamientos estratégicos que orientarán la gestión del hospital en el cuatrienio. Este instrumento fue construido de manera participativa, asegurando su coherencia con las políticas públicas del sector salud y los objetivos institucionales.
- **Formulación y ejecución del POA 2025:** Se formuló el Plan Operativo Anual 2025 con las actividades priorizadas para la vigencia y se alcanzó un 92,2% de ejecución anual, evidenciando un adecuado nivel de cumplimiento de las actividades programadas y una gestión articulada entre la planeación estratégica y la ejecución operativa, contribuyendo al cumplimiento del Plan de Desarrollo “Luchando por tu salud” 2025–2028 y al fortalecimiento del logro de los objetivos misionales institucionales.
- **Seguimiento al Plan de Gestión:** Se realizó el seguimiento del Plan de Gestión, garantizando la trazabilidad de las metas institucionales y su articulación con los objetivos estratégicos. Estos instrumentos se consolidaron como herramientas de control y toma de decisiones, permitiendo evidenciar el avance en la ejecución de las acciones y el cumplimiento de indicadores de desempeño.
- **Implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE):** En cumplimiento de la Ley 2195 de 2022, Decreto 1122 de 2024 y Circular externa 2022151000000053-5 de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud, se implementó el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), orientado a fortalecer la cultura institucional, la integridad pública y la gestión del riesgo de corrupción. Se establecieron mecanismos de seguimiento mediante el formato DE-F-22, y se realizaron jornadas de socialización para consolidar su apropiación en los diferentes niveles de la entidad. Para el cierre de la vigencia se obtuvo un resultado del 89% del PTEE.
- **Fortalecimiento de los subsistemas de riesgo SARLAFT y SICOF:** Durante la vigencia se avanzó significativamente en el fortalecimiento de los subsistemas SARLAFT y SICOF, consolidándolos como herramientas clave para la prevención, detección y gestión de riesgos asociados al lavado de activos, la corrupción, opacidad y el fraude. Se presentaron informes trimestrales al Representante Legal y semestrales a la Junta Directiva,

evidenciando el cumplimiento de las medidas establecidas y los resultados alcanzados. Asimismo, se realizaron jornadas de capacitación y sensibilización dirigidas a funcionarios y contratistas, orientadas a promover la cultura del reporte, la ética y la transparencia en el ejercicio de las funciones institucionales. Estas acciones han fortalecido la gestión integral del riesgo y el compromiso del hospital con los principios de buen gobierno y conducta ética.

- **Fortalecimiento del resultado FURAG 2024:** El Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. obtuvo un resultado de 77,5 puntos en el Formulario Único de Reporte FURAG 2024, mejorando en 3,6 puntos respecto al resultado de 2023 (73,9). Este incremento refleja los avances en la implementación del MIPG y en la madurez del Sistema Integrado de Gestión, evidenciando una mejora en la gestión administrativa, la planeación y la calidad de los servicios institucionales.
- **Panorama de Contratación:** Durante la vigencia 2025, el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. consolidó un monto total contratado cercano a \$132.011 millones con Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), regímenes especiales y otras fuentes, lo que evidencia la capacidad institucional para garantizar la sostenibilidad financiera y la continuidad en la prestación de servicios de salud. La mayor participación corresponde al régimen subsidiado con aproximadamente el 76,3 % del total contratado (\$100.715 millones), seguido por el régimen contributivo con el 15,3 % (\$20.138 millones), mientras que otras fuentes como regímenes especiales, subsidio a la oferta y Planes de Intervenciones Colectivas (PIC) representan cerca del 8,4 % restante. En este panorama, Asmet Salud EPS se mantiene como el principal aliado estratégico del hospital, concentrando más del 72 % del valor total contratado, lo cual refleja su amplia base de afiliados en el territorio. De manera complementaria, durante la vigencia se fortalecieron los procesos de negociación y seguimiento contractual mediante el desarrollo de una herramienta digital de apoyo a la negociación con las EAPB y la actualización del procedimiento DE-P-21 y el formato DE-F-14, incorporando los lineamientos del Decreto 441 de 2022, lo que permitió mejorar la trazabilidad, la transparencia y el control en la gestión contractual.
- **Ajuste de los contratos conforme al Decreto 441 de 2022:** En cumplimiento de la normatividad vigente, se llevó a cabo la verificación integral de los contratos mediante la aplicación de los 25 criterios exigidos por el Decreto 441 de 2022, garantizando la legalidad, la calidad y la trazabilidad de los procesos contractuales. Este ejercicio fortaleció la articulación entre las áreas jurídica, administrativa y de planeación, reduciendo riesgos

normativos y financieros. Asimismo, la adopción institucional de la lista de chequeo de requisitos contractuales permitió consolidar un control preventivo antes de la suscripción de contratos, fortaleciendo la transparencia, la seguridad jurídica y la cultura de cumplimiento dentro de la E.S.E.

- **Rendición de cuentas bajo el enfoque del Manual Único de Rendición de Cuentas (MURC):** El proceso de Rendición de Cuentas 2024 se desarrolló conforme a las directrices del MURC, garantizando el cumplimiento de las etapas de planeación, ejecución y evaluación del ejercicio, con amplia participación ciudadana y la socialización de los resultados de gestión institucional, en un entorno de transparencia y diálogo con la comunidad.
- **Formulación y radicación de proyectos de inversión:** La gestión de los proyectos de inversión adelantados por el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. refleja un compromiso institucional con el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria, la modernización tecnológica y la mejora continua en la prestación de los servicios de salud. Cada una de las iniciativas radicadas y en estructuración constituye una respuesta técnica y planificada a las necesidades priorizadas en el marco del Plan de Desarrollo Institucional 2025 - 2028, evidenciando la capacidad del hospital para formular, gestionar y ejecutar proyectos con alto impacto social y sanitario.
- El avance de estos proyectos no solo representa la optimización del uso de los recursos públicos, sino también la consolidación del hospital como referente regional en atención de mediana y con la proyección alta complejidad, garantizando condiciones seguras, oportunas y dignas para los usuarios. De igual manera, reafirma la importancia de mantener una gestión transparente, articulada el Ministerio de Salud y Protección Social, la Gobernación del Caquetá y demás entidades territoriales, fortaleciendo así el sistema de salud del departamento y contribuyendo al bienestar integral de la comunidad caqueteña.
- **Oficina de Comunicaciones:** Durante el periodo evaluado, el área de Comunicaciones alcanzó un fortalecimiento significativo en la gestión de la imagen institucional y en la consolidación de una comunicación coherente, moderna y estratégica dentro del Hospital Departamental María Inmaculada. Se logró la renovación de la identidad visual mediante la creación del manual de marca y la definición de plantillas institucionales que unificaron la presentación de los contenidos, mejorando la eficiencia y la coherencia en los mensajes emitidos. Asimismo, se desarrollaron espacios comunicativos innovadores como Hospital en Obra y Hospital al Barrio, que permitieron acercar la gestión institucional a la comunidad y promover la transparencia en los procesos. Estos avances, acompañados de la

estandarización de herramientas audiovisuales y el fortalecimiento de los canales digitales, posicionaron al hospital como una entidad comprometida con la visibilidad, la participación ciudadana y la rendición de cuentas, consolidando así una comunicación más efectiva y alineada con los objetivos estratégicos institucionales.

1.1.4. Metas o indicadores

La Oficina Asesora de Planeación realizó la medición, análisis y registro de la información correspondiente a los cinco (5) indicadores asociados al proceso, con corte a 31 de diciembre de 2025, los cuales se encuentran debidamente actualizados y disponibles en el aplicativo DARUMA como se puede evidenciar en la plataforma a través del siguiente enlace.

INDICADOR	ACCESO DIRECTO
Apropiación del código de conducta y buen gobierno	http://192.168.0.19/app.php/staff/indicator/view/id/378
Cumplimiento plan anual de comunicaciones	http://192.168.0.19/app.php/staff/indicator/view/id/355
Efectividad de los canales de difusión	http://192.168.0.19/app.php/staff/indicator/view/id/341
Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional/POA	http://192.168.0.19/app.php/staff/indicator/view/id/161
Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS	http://192.168.0.19/app.php/staff/indicator/view/id/173

1.1.5. Retos y oportunidades de mejora

Durante el periodo evaluado, se identificaron diversas oportunidades de mejora orientadas al fortalecimiento integral del proceso de Direccionamiento Estratégico y al incremento de la eficiencia institucional.

En primer lugar, se reconoce la necesidad de optimizar los tiempos de recolección, consolidación y análisis de la información proveniente de los diferentes procesos, con el fin de garantizar reportes más oportunos y con mayor valor estratégico para la toma de decisiones. De igual manera, se plantea como oportunidad fortalecer la articulación entre procesos, promoviendo una comunicación más fluida y una mayor corresponsabilidad en el cumplimiento de metas institucionales,

especialmente en lo relacionado con el seguimiento al Plan Operativo Anual (POA), el Plan de Gestión y los subsistemas de riesgos SARLAFT, SICOF y el PTEE, resulta fundamental potenciar el uso de herramientas tecnológicas para la gestión y monitoreo de los instrumentos de planeación, facilitando la trazabilidad, el análisis de datos y la rendición de cuentas.

Estas oportunidades de mejora buscan consolidar una cultura organizacional enfocada en la mejora continua, la eficiencia administrativa y el cumplimiento normativo.

1.2. MEJORAMIENTO CONTINUO

1.2.1. Presentación

El Sistema Integrado de Gestión de nuestra institución, está basado en su modelo de operación por procesos, en éstos se da cumplimiento a los estándares aplicables al sector público colombiano, algunos de ellos tienen un enfoque de sistema y traen consigo un modelo específico para su implementación.

El compromiso y entendimiento del enfoque de proceso permite a la institución facilitar su trabajo para desarrollar y aplicar metodologías de mejoramiento, mecanismos de coordinación y autoevaluación que aporten al logro de los objetivos de los procesos.

Objetivo: Gestionar efectivamente la mejora continua del Sistema Integrado de gestión, mediante la estandarización y evaluación de los procesos y la implementación y vigilancia a la seguridad del paciente, contribuyendo al logro de los objetivos institucionales.

1.2.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

1. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015:

El Sistema de Gestión de Calidad que se desarrolla en la entidad, está basado en la aplicación y cumplimiento de los requisitos establecidos en la Norma Técnica ISO 9001:2015, este sistema de gestión le ayudará a realizar un seguimiento continuo a los procesos.

2. CERTIFICACIÓN DE PROCESOS

A la fecha la institución ha obtenido la certificación por parte del ICONTEC para los procesos misionales de:

- Gestión Quirúrgica,
- Laboratorio Clínico,

- Banco de Sangre,
- gestión pre transfusional
- Imagenología
- Servicio Farmacéutico
- Central de Esterilización
- Gestión de Urgencias y Obstetricia
- Gestión del cuidado crítico
- Los servicios de internación I, II, III, Pediatría y UCIN.

AUTODIAGNOSTICO COMPARATIVO				
NUMERAL	REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR AÑO		
		2023	2024	2025
4	Contexto de la Organización	100%	100%	100%
5	Liderazgo	88%	88%	88%
6	Planificación	88%	88%	88%
7	Apoyo	82%	88%	88%
8	Operación	83%	85%	85%
9	Evaluación del Desempeño	100%	100%	100%
10	Mejora	100%	100%	100%
% CUMPLIMIENTO		91%	93%	93%

3. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

3.1. Sistema Único de Habilitación

CUMPLIMIENTO GENERAL

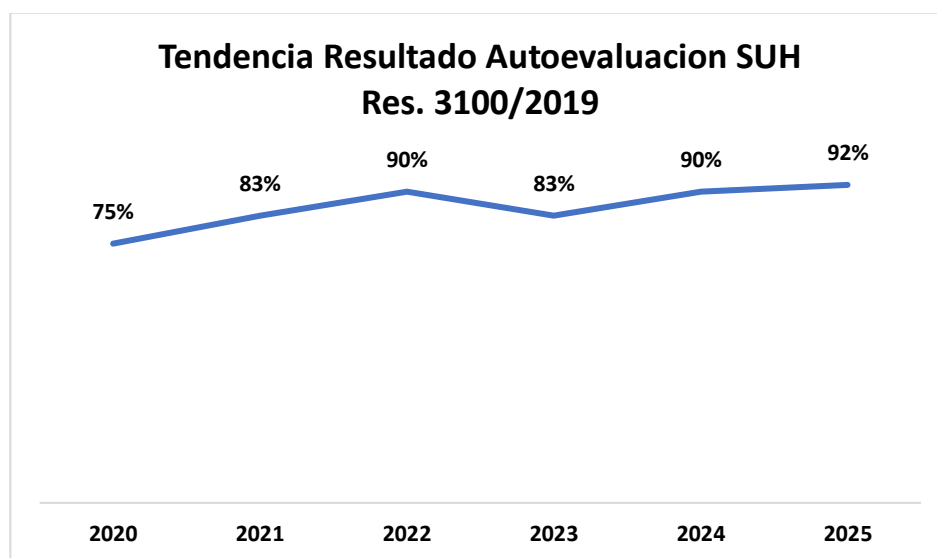
Tabla 7. Porcentaje de cumplimiento general.

GRUPO	Total criterios	C	NC	NA	Porcentaje Promedio de cumplimiento
Todos los servicios	436	268	33	134	89%
Consulta Externa	188	55	8	127	87%
Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	290	203	10	105	95%
Grupo de internación	708	519	32	184	94%
Servicio de cirugía	186	116	8	61	94%
Grupo atención inmediata	608	402	52	164	89%

GRUPO	Total criterios	C	NC	NA	Porcentaje Promedio de cumplimiento
Promedio general de cumplimiento	2.416	1.563	143	775	92%

El cumplimiento general de la autoevaluación realizada al Hospital Departamental Maria Inmaculada E.S.E en la vigencia 2025, de acuerdo con los criterios establecidos en la Resolución 3100 de 2019 es de 92%. Aunque este es un porcentaje de cumplimiento elevado, es importante tener en cuenta el considerable número de hallazgos derivados del 8% restante. El presente informe se socializa con los líderes de procesos y la alta dirección con el fin de tomar decisiones e implementar acciones de mejora para dar cumplimiento a los requisitos de la mencionada resolución y garantizar una atención segura a nuestros pacientes y su familia.

Tendencia Resultado de Autoevaluación del Sistema Único de Habilitación en el Hospital Departamental Maria Inmaculada

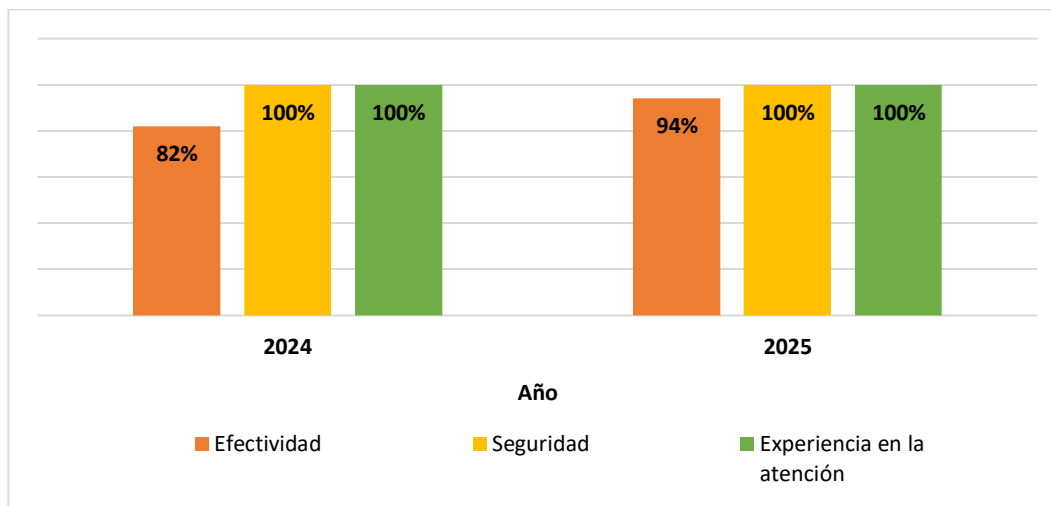


Fuente. Autoevaluación requisitos Sistema único de habilitación

El cumplimiento general de la autoevaluación realizada al Hospital Departamental Maria Inmaculada E.S.E en la vigencia 2025, de acuerdo con los criterios establecidos en la Resolución 3100 de 2019 es de 92%. Aunque este es un porcentaje de cumplimiento elevado, es importante tener en cuenta el considerable número de hallazgos derivados del 8% restante. El presente informe será socializado con los líderes de procesos y la alta dirección con el fin de tomar decisiones e implementar acciones de mejora para dar cumplimiento a los

requisitos de la mencionada resolución y garantizar una atención segura a nuestros pacientes y su familia.

3.2. Sistema de Información para la Calidad resolución 256



El análisis comparativo entre 2024 y 2025 evidencia una tendencia favorable en los indicadores de calidad, destacándose la mejora del indicador con menor desempeño y la estabilidad de los indicadores que ya se encontraban en cumplimiento total. En general, la institución muestra fortalecimiento en la gestión de la calidad y alineación con los estándares definidos por la Resolución 256 de 2016, aunque se recomienda continuar con estrategias de mejora para alcanzar el cumplimiento pleno en todos los indicadores.

3.3. Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

Planes de mejoramiento y acciones programadas para la vigencia del presente año en el PAMEC

El Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. formuló el plan de mejoramiento para cada oportunidad priorizada en cada uno de los estándares de acreditación los cuales se encuentran en el formato institucional y en el aplicativo DARUMA. Dentro de las actividades programadas se contemplan un total de 22 acciones distribuidas de la siguiente manera: Cliente asistencial 14, Direccionamiento 1, Gerencia 2, Talento humano 2, Gestión de tecnología 3.

Tabla 2. Porcentaje de acciones ejecutadas.

Vigencia 2025			
Estándar	Acciones programadas	Acciones ejecutadas	Porcentaje de cumplimiento (%)
Cliente asistencial	14	14	100%
Direccionamiento	1	1	100%
Gerencia	2	2	100%
Talento humano	2	2	100%
Gestión de la tecnología	3	3	100%
Total	22	22	100%

3.4. Sistema único de acreditación

Calificación cuantitativa autoevaluación vigencia 2020 al 2025

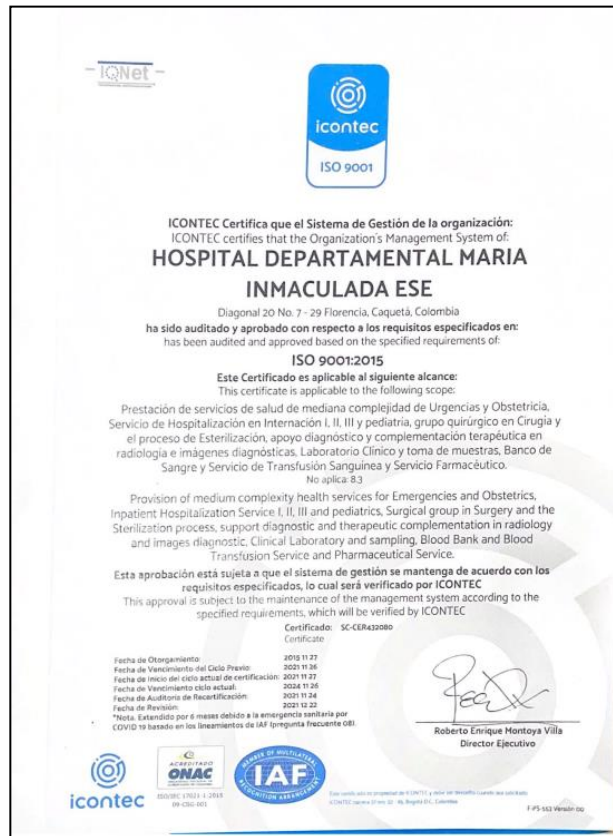
ESTÁNDAR / ACREDITACIÓN	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Cliente asistencial	1,31	1,42	1,49	1,52	1,57	1,6
Direccionamiento	1,64	1,84	1,86	1,95	1,95	2,02
Gerencia	1,78	1,89	1,89	1,89	2,06	2,09
Talento humano	1,49	1,63	1,86	1,87	1,91	1,92
Ambiente físico	1,54	1,82	1,98	2	2	2
Gestión tecnología	1,24	1,24	1,24	1,24	1,29	1,49
Gerencia de la información	1,23	1,34	1,34	1,34	1,41	1,41
Mejoramiento	1,64	1,92	1,92	1,92	1,92	1,92
Promedio de autoevaluación	1,48	1,64	1,7	1,71	1,76	1,81

El puntaje promedio de la autoevaluación realizada para la vigencia 2025 es de 1,81, el cual representaría un aumento de 0,05 con respecto a la vigencia anterior.

Se logra observar que los estándares de cliente asistencial, direccionamiento estratégico, gerencia, talento humano, gestión de la tecnología, aumentaron su puntuación en el año 2025 gracias a las acciones ejecutadas, contribuyendo así al aumento de la puntuación global.

1.2.3. Logros del proceso

Certificación de procesos:



Semana de Calidad:

La semana de calidad tiene como objetivo Fortalecer la cultura de calidad en la atención al paciente a través de la humanización y la seguridad, promoviendo la participación del personal y usuarios en actividades lúdico-pedagógicas que sensibilicen sobre la importancia de un trato respetuoso y seguro en el proceso asistencial, se realizó en el mes de diciembre del año 2025.

Asimismo, la estrategia se articula con los principios del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, establecido mediante el Decreto 1011 de 2006, el cual promueve la implementación de acciones permanentes orientadas a

mejorar la seguridad del paciente, la humanización de los servicios y la participación de los usuarios en la evaluación y fortalecimiento de la atención.

El desarrollo anual de esta semana permite consolidar espacios de educación, sensibilización y reflexión institucional, generando mayor apropiación de las buenas prácticas de atención segura, el trabajo en equipo y el compromiso con la calidad. De esta manera, la actividad se convierte en una estrategia institucional que aporta al fortalecimiento de la cultura organizacional, alineada con las políticas de calidad y seguridad del paciente promovidas por el sector salud en Colombia.





1.2.4. Metas o indicadores

- **MC-02 Porcentaje Avance en la implementación del SGC**

Meta nominal: 85%

Resultado vigencia 2025: 93%

Se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 93%, lo que indica que la mayoría de los requisitos de la norma están siendo implementados de manera satisfactoria. Este resultado refleja que la organización se encuentra bien encaminada hacia la consolidación de un sistema de gestión de la calidad eficaz y alineado con los estándares establecidos. No obstante, persisten algunas oportunidades de mejora que, de ser abordadas, permitirán avanzar hacia el 100% de cumplimiento, lo que supondría la plena conformidad con los requisitos normativos. En comparación con el semestre anterior, el nivel de cumplimiento se mantiene estable, lo que refuerza la necesidad de continuar con las acciones de mejora continua para evitar estancamientos y seguir fortaleciendo el sistema.

- **MC-03 Certificación de procesos HDMI**

Meta nominal: 80 %

Cumplimiento vigencia 2025: 82%

Con corte a 31 de diciembre del 2025 la institución tiene certificados 9 procesos y 5 servicios por el ICONTEC en la norma ISO 9001:2015. Los procesos certificados son Gestión Quirúrgica, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Servicio Transfusional,

Imagenología, Servicio Farmacéutico, Central de Esterilización y Gestión de Urgencias y Obstetricia; los servicios certificados son Internación I, II, III, Pediatría, UCIN y UCIA. En el mes de diciembre se programa la primera visita de seguimiento para enero del 2026, no se incluye ampliación del alcance serán auditados los procesos y servicios antes mencionados.

- **MC-PLG-02 Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud**

Meta nominal: 0.95

Meta vigencia 2025: 1.0

Durante la vigencia 2025, se ejecutaron 22 acciones de mejora de las 22 programadas, lo cual corresponde a un porcentaje de cumplimiento del 100%; resultado que indica que se dio cumplimiento al total de las acciones programadas para la vigencia 2025. Este porcentaje refleja el compromiso por parte de los líderes de proceso en la ejecución de las acciones encargadas y del proceso de mejoramiento continuo, en el seguimiento a estas acciones.

1.2.5. Retos y oportunidades de mejora

Durante el periodo evaluado se identificaron aspectos clave que representan oportunidades de fortalecimiento para el Sistema Integrado de Gestión de Calidad del hospital. En primer lugar, se evidencia la necesidad de avanzar en la actualización permanente de los documentos institucionales por parte de todos los procesos, garantizando que procedimientos, protocolos, guías y formatos se encuentren alineados con la normativa vigente, las necesidades institucionales y la realidad operativa de cada área. La actualización oportuna de la documentación permitirá mejorar la estandarización de las actividades y facilitar el cumplimiento de los lineamientos del sistema de calidad.

Otra oportunidad de mejora identificada corresponde al fortalecimiento de la participación y cumplimiento del personal en los procesos de capacitación institucional. Es fundamental lograr una mayor asistencia y compromiso por parte de los colaboradores en las actividades formativas, ya que estas contribuyen al fortalecimiento de competencias, a la apropiación de los lineamientos del sistema de gestión y al mejoramiento continuo de los procesos asistenciales y administrativos.

De igual manera, se identificó la importancia de garantizar el cumplimiento oportuno de los planes de mejora derivados de las diferentes fuentes de mejoramiento institucional, tales como auditorías internas y externas, resultados de indicadores, autoevaluaciones, hallazgos de entes de control, comités institucionales y reportes de no conformidades. El seguimiento sistemático y la

ejecución dentro de los tiempos establecidos permitirán asegurar la efectividad de las acciones implementadas y prevenir la recurrencia de los hallazgos.

En cuanto a los retos institucionales, se destaca la necesidad de mantener y fortalecer de manera continua todos los procesos que hacen parte del Sistema Integrado de Gestión de Calidad del hospital, promoviendo la cultura de calidad, la mejora continua, el trabajo articulado entre áreas y el cumplimiento de los estándares de habilitación y acreditación en salud. Esto implica consolidar mecanismos de seguimiento, promover la responsabilidad compartida en la gestión de la calidad y fortalecer el compromiso institucional con la seguridad del paciente y la excelencia en la prestación de los servicios de salud.

1.3. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

1.3.1. Presentación

El Servicio de Información y Atención al Usuario es el encargado de orientar, informar y acompañar a los usuarios y sus familias durante su interacción con la institución de salud, garantizando el ejercicio de sus derechos y deberes y facilitando el acceso oportuno a los servicios. Actúa como canal de comunicación entre la comunidad y la institución, permitiendo conocer la percepción del usuario y generar acciones de mejora continua.

Este proceso comprende la recepción, trámite, seguimiento y respuesta de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones (PQRS), la medición de la satisfacción del usuario, la educación en derechos y deberes en salud y la promoción de la participación social a través de la Asociación de Usuarios y espacios institucionales. Asimismo, proporciona información clara sobre rutas de atención, requisitos administrativos y servicios ofrecidos.

El SIAU aporta al Sistema de Gestión de Calidad mediante el análisis de la experiencia del usuario, la identificación de oportunidades de mejora y la articulación con los diferentes procesos institucionales, contribuyendo al fortalecimiento de la humanización de la atención, la transparencia institucional y la toma de decisiones basada en la percepción del paciente.

Objetivo:

Informar, orientar, evaluar y tramitar solicitudes del usuario de acuerdo a sus necesidades, garantizando el goce efectivo de sus derechos en la atención con el fin de lograr su satisfacción y la de su familia, generando mecanismos que promuevan y permitan la participación social.

1.3.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

PHVA	Actividad Ejecutada	Grado cumplimiento 2025	Evidencia/ Producto	Impacto Institucional
PLANEAR	Planeación del recurso humano, insumos y logística	100%	Necesidad del servicio Contratación	Garantizó continuidad y oportunidad en la atención
	Programación de actividades	100%	Cronograma de actividades	Usuarios informados sobre servicios y derechos
	Implementación del Plan de Participación Social en Salud	>95%	Plan institucional cargado en PSISIS	Fortalecimiento de la participación comunitaria
	Diseño de encuestas de satisfacción y tamaño muestral	100%	Instrumento de medición	Información confiable para toma de decisiones
HACER	Capacitación a usuarios y familias	>95%	Actas y registros pedagógicos	Reducción de desinformación y mejor orientación
	Seguimiento a la política de participación social	100%	Publicaciones en página web	Transparencia y confianza institucional
	Aplicación de encuestas de satisfacción	>95%	Encuestas tabuladas	Identificación de oportunidades de mejora
	Elaboración de informes de gestión	100%	Informes mensuales	Soporte para decisiones gerenciales
	Gestión de PQRS	100%	Respuestas a usuarios cargadas a Daruma	Garantía de Derechos
VERIFICAR	Verificación de derechos administrativos de acceso	100%	Registros de verificación	Disminución de barreras administrativas
	Medición de satisfacción del usuario	≥90%	Indicadores mensuales - DARUMA	Mejora en percepción de calidad
ACTUAR	Implementación de acciones de mejora	100%	Planes de mejora	Corrección de fallas en procesos
	Seguimiento a PQRS	100%	Reporte de seguimiento	Disminución de reincidencias
	Retroalimentación a procesos institucionales	100%	Informes a líderes	Cultura de calidad institucional

1.3.3. Logros del proceso

Durante la vigencia se realizó la actualización de los documentos asociados al proceso, asegurando su alineación con la normatividad vigente y fortaleciendo la estandarización de las actividades.

Digitalización de los canales de atención mediante plataformas virtuales, formularios web y códigos QR para registro de PQRS y encuestas de satisfacción, reduciendo el uso de papel y optimizando los tiempos de tabulación y análisis de la información, lo que permitió una gestión más oportuna de los resultados y la toma de decisiones.

Se propiciaron espacios interactivos de educación mediante la cartelera "Tu voz mejora la salud", a través de la cual los usuarios registran sus observaciones y aportes por medio de código QR, facilitando la participación comunitaria y la mejora continua del servicio.

Se promovió un programa solidario interno de donaciones de ropa, elementos de aseo y pañales para pacientes en condición de vulnerabilidad, iniciativa desarrollada con la participación de funcionarios, colaboradores, usuarios fortaleciendo el enfoque humanizado de la atención y el apoyo social a la población usuaria.

Realización de jornadas de orientación al usuario y su familia sobre derechos, deberes y rutas de atención institucional los días viernes en los servicios.

Retroalimentación a líderes de procesos sobre hallazgos derivados de la experiencia del usuario en los servicios.

Se implementó la atención al medio día para orientación y tramites en este horario favoreciendo la cobertura de 6:00 am a 6:00 pm de lunes a jueves y los viernes de 6.00 am a 5: 00 pm – Cobertura de 12 horas-

Participación activa de la Asociación de Usuarios en comités institucionales, juntas directivas y espacios de planeación.

Se participó activamente en el proceso de recertificación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la Norma ISO 9001, 2005 mediante la presentación de evidencias durante auditorías internas y externas de ICONTEC.

1.3.4. Metas o indicadores

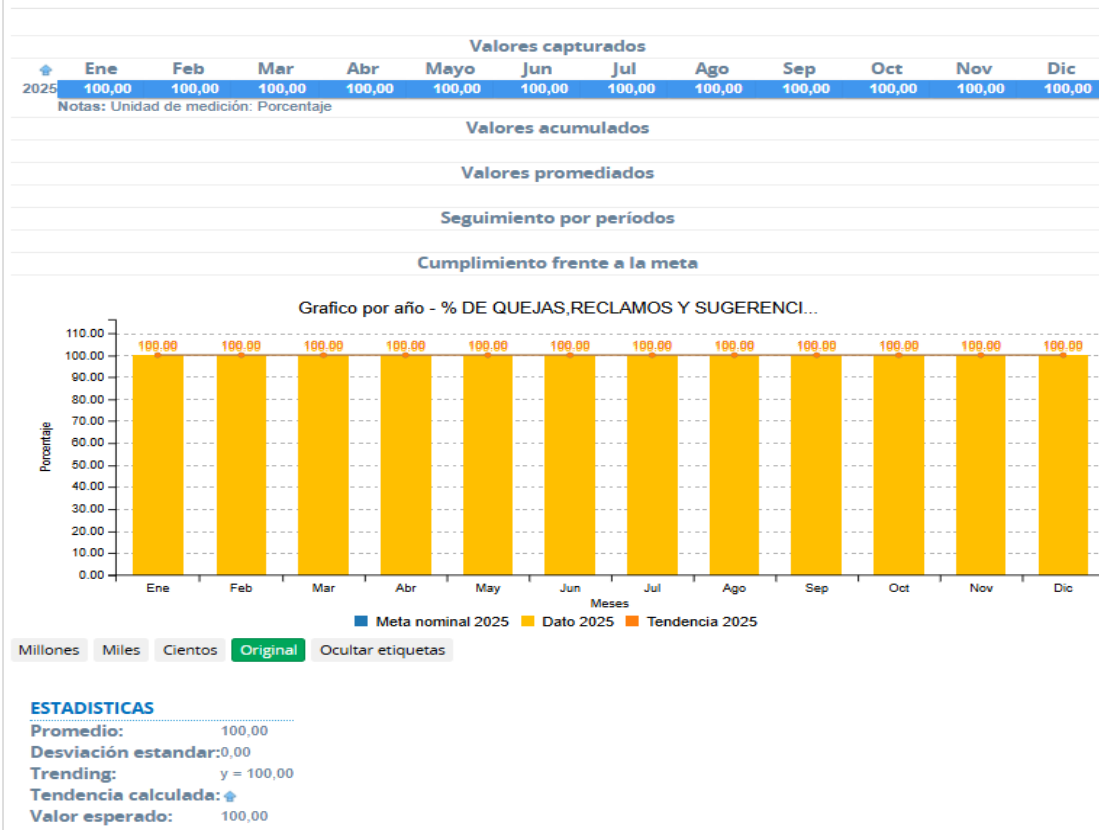
RESULTADOS DE INDICADORES 2025

INDICADOR	META	CUMPLIMIENTO	PROMEDIO	IMPACTO
PQRS resueltas oportunamente	100%	Cumplido	100%	Garantía del derecho de petición

Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	≥90%	Cumplido	94,0	Mejora percepción del servicio
Proporción de usuarios que recomienda la IPS a un familiar o amigo	≥90%	Cumplido	97,9	Mayor confianza institucional

% DE QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS RESUELTAS OPORTUNAMENTE

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Durante la vigencia 2025 el indicador de **% de quejas, reclamos y sugerencias resueltas oportunamente** presentó cumplimiento del 100% en todos los meses, evidenciando que las respuestas a las manifestaciones de los usuarios se realizaron dentro de los tiempos establecidos y conforme a los requisitos normativos vigentes.

Aunque se cumplió de manera oportuna, durante la gestión se identificaron dificultades operativas que pueden generar riesgo en los tiempos de respuesta. La principal está asociada al traslado de las manifestaciones a los líderes de proceso responsables, quienes deben analizar el caso, validar la información clínica o administrativa y emitir el concepto técnico. Este proceso depende de la disponibilidad de las áreas asistenciales y administrativas y, en algunos casos, del apoyo de equipos interdisciplinarios o comités institucionales, lo que puede extender la respuesta definitiva.

Adicionalmente, se evidenciaron situaciones relacionadas con revisión por parte de instancias como seguridad del paciente, procesos tercerizados y validaciones técnicas especializadas, las cuales requieren análisis detallado para garantizar una respuesta de fondo y conforme a la normatividad. No obstante, mediante seguimiento permanente y gestión del SIAU se logró cumplir los plazos legales en todos los casos.

PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS EN LA IPS

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

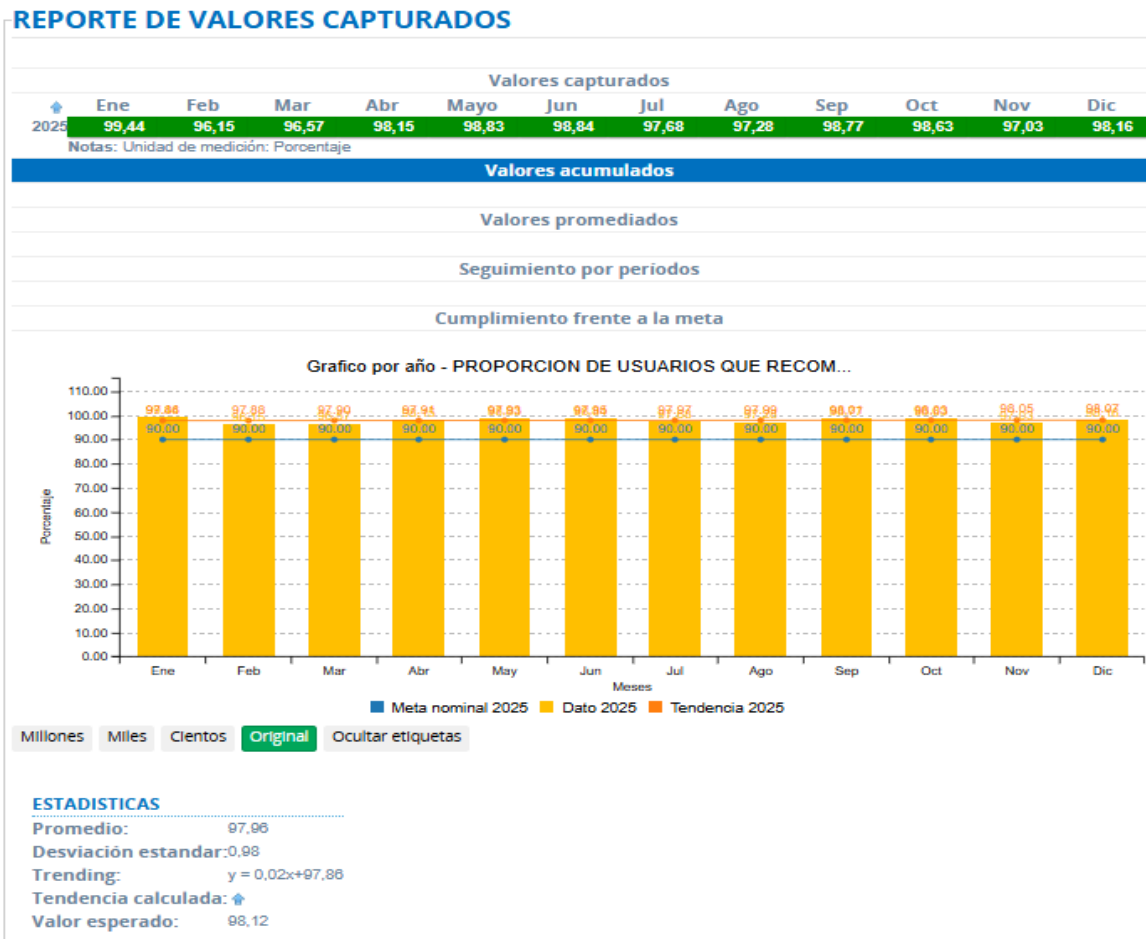


Durante la vigencia 2025 el indicador de proporción global de satisfacción de los usuarios mantuvo un desempeño favorable, con un promedio anual de 94,06%, superando de forma sostenida la meta institucional del 90%. El comportamiento mensual mostró variaciones leves propias de la dinámica asistencial, manteniéndose siempre dentro del rango esperado.

El análisis del desempeño por servicios permitió establecer que urgencias fue el único servicio que no alcanzó la meta nominal durante el año 2025, convirtiéndose en el principal factor de variación del indicador global. Esta situación no se asocia a deficiencias en la calidad técnica de la atención sino a condiciones estructurales de prestación, caracterizadas por sobreocupación hospitalaria y un incremento permanente de la demanda frente a la oferta disponible. Dicho desbalance generó congestión en la atención, aumento de tiempos de espera y presión sobre la capacidad instalada y el talento humano, variables que inciden directamente en la percepción del usuario aun cuando la resolución clínica sea adecuada.

Los demás servicios mantuvieron niveles de satisfacción superiores al estándar institucional, compensando parcialmente el efecto negativo generado por urgencias y permitiendo que el indicador institucional permaneciera dentro del rango de cumplimiento. Las intervenciones implementadas por la institución, como ajustes operativos, seguimiento a las manifestaciones de los usuarios, estrategias de humanización y optimización del flujo de ingreso hospitalario, contribuyeron a estabilizar el comportamiento en el segundo semestre y mantener valores cercanos al 95%.

PROPORCION DE USUARIOS QUE RECOMIENDA LA IPS A UN FAMILIAR Ó AMIGO



Durante la vigencia 2025 el indicador de proporción de usuarios que recomiendan la IPS se mantuvo por encima de la meta del 90%, con resultados entre 96% y 99% y un promedio cercano al 98%. Esto demuestra que los usuarios confían en la institución y están satisfechos con la atención recibida.

Las pequeñas variaciones del año obedecen principalmente a momentos de mayor demanda, especialmente en urgencias, donde los tiempos de espera influyen en la percepción; sin embargo, no afectaron el cumplimiento del indicador.

La recomendación positiva también está relacionada con la trayectoria institucional de más de 80 años en la región, lo que fortalece la credibilidad y fidelidad de la comunidad hacia el hospital.

1.3.5. Retos y oportunidades de mejora

Contar con un sistema de información que permita a los usuarios consultar el estado de sus PQRS en línea, teniendo en cuenta que actualmente la institución no dispone de esta herramienta. Se propone implementar un módulo de radicación que genere un número único de registro para cada solicitud, permitiendo al usuario realizar seguimiento de manera autónoma y en tiempo real. Esta mejora fortalecerá la transparencia del proceso, disminuirá la demanda de consultas presenciales o telefónicas y optimizará la gestión administrativa del SIAU.

Uno de los principales retos identificados en el proceso de atención al usuario es la gestión efectiva de las quejas reiterativas. Se evidencia la necesidad de fortalecer la articulación con los líderes de los diferentes procesos institucionales, con el fin de garantizar una respuesta oportuna, estructurada y orientada a la mejora continua.

Como oportunidad de mejora, se propone establecer un mecanismo formal de coordinación con los líderes de proceso para que aquellas quejas recurrentes que requieran la implementación de planes de mejora sean socializadas con el SIAU. Esto permitirá su registro en hoja de trabajo unificada, facilitando el seguimiento sistemático, la trazabilidad de las acciones correctivas y la evaluación de la efectividad de las medidas adoptadas.

Implementar acciones preventivas que reduzcan la recurrencia de PQRS asociadas a las mismas causas, fortaleciendo el análisis de fondo y la articulación con los líderes de proceso.

Capacitación continua al personal: Implementar programas de formación en atención humanizada, manejo de usuarios difíciles, comunicación asertiva y normatividad vigente, con el fin de fortalecer las competencias del equipo.

implementación de un sistema de digiturno que permita organizar de manera eficiente el flujo de usuarios, garantizando la atención preferencial conforme a la normatividad vigente (adultos mayores, gestantes, personas con discapacidad, entre otros), y optimizando la asignación de turnos para reducir los tiempos de espera. Esta herramienta facilitaría la medición objetiva de los tiempos reales de atención por parte del personal encargado, permitiendo evaluar la productividad, generar reportes e indicadores sobre volumen de atención, tiempos promedio y oportunidad en el servicio.

Fortalecimiento del programa de donaciones, garantizando su adecuada estructura Y socialización.

Coordinar acciones orientadas al cumplimiento de los ejes institucionales establecidos en el Plan de Participación Social en Salud, en concordancia con lo contemplado en la Resolución 2063. Lo anterior implica no solo la programación de

actividades alineadas con dichos ejes estratégicos, sino también la consolidación y custodia de las evidencias que soporten su implementación y seguimiento, asegurando trazabilidad, cumplimiento normativo y aporte real al mejoramiento continuo y a la participación activa de los usuarios.

Habilitar permisos en Dinámica gerencial al personal de la Oficina para poder dar información relacionada con las tarifas particulares de consultas, exámenes y procedimientos evitando el traslado al área de facturación a los usuarios y acompañantes.

Fortalecimiento de la participación social mediante la promoción de espacios de diálogo e interacción con los usuarios, incentivando su vinculación en actividades institucionales y mecanismos de control social, con el fin de mejorar la comunicación, fomentar la corresponsabilidad y contribuir al mejoramiento continuo del servicio. Ej. *"Tinteando con la gerente"*, *"Hablemos de salud"*, *"Escuchando a Nuestra Comunidad"*

2. MISIONALES

2.1. GESTIÓN DE URGENCIAS Y OBSTETRICIA

2.1.1. Presentación

Nombre del Proceso	Gestión de Urgencias y Obstetricia
Tipo:	Misional
Objetivo:	Prestar servicios de salud a usuarios en condición de riesgo de muerte o de pérdida de la funcionalidad de un órgano, mediante la estabilización de su condición inicial y la derivación al proveedor final de atención, garantizando oportunidad, seguridad y humanización en la atención.
Responsable:	Líder Profesional Especializado área salud
Alcance:	Desde la evaluación inicial del usuario y establecimiento de prioridad de atención hasta el traslado a otro proceso, remisión o egreso.

2.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

El Proceso de Gestión de Gestión de urgencias y obstetricia realiza de manera mensual la proyección de cuadros de turnos del personal con el fin de cubrir las asignaciones del servicio, garantizando los equipos biomédicos e insumos necesarios para la prestación del servicio.

Al paciente desde su llegada a la institución se le asigna un turno para que seguidamente se haga la clasificación en TRIAGE, luego es llamado a consulta de urgencias y/o Reanimación según el caso, pasa a procesamiento para cumplimiento de órdenes médicas: tratamiento inicial, toma de muestras de laboratorio e imágenes diagnósticas pasando a Observación, revaloración para definición de Hospitalización y/o egreso.

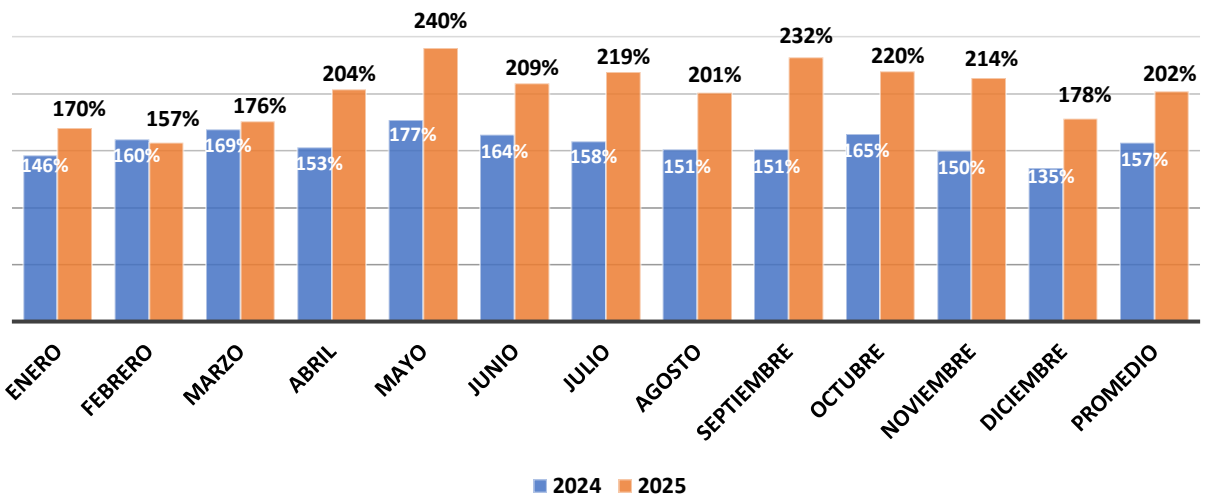
De igual manera se realiza mensualmente el diligenciamiento de indicadores, se desarrollan las acciones derivadas de planes de mejora, seguimiento y control de los riesgos del proceso, y las inherentes al personal como la elaboración de certificados de supervisión y evaluación de desempeño al personal de carrera.

2.1.3. Logros del proceso

Durante la vigencia evaluada se evidencian avances orientados al fortalecimiento de la capacidad resolutoria institucional y a la mejora en la oportunidad de la atención. Entre los principales logros del proceso se destacan:

- **Fortalecimiento del talento humano en áreas asistenciales**, mediante la vinculación y refuerzo de profesionales en especialidades como medicina interna, ortopedia y cirugía, en respuesta al incremento en el volumen de pacientes atendidos, contribuyendo a mejorar la capacidad de respuesta y la continuidad en la atención.
- **Mejoramiento en la capacidad operativa del servicio de laboratorio**, a través del fortalecimiento del talento humano, la optimización en la disponibilidad de insumos y el apoyo de equipos biomédicos, lo cual ha permitido disminuir los tiempos en el procesamiento y entrega de resultados, favoreciendo la oportunidad en la revaloración médica y en la toma de decisiones clínicas.
- **Fortalecimiento de la infraestructura tecnológica institucional**, mediante el incremento del número de equipos de cómputo y la actualización de algunos existentes, con el fin de garantizar el registro oportuno, seguro y completo de la información en las historias clínicas y en los sistemas institucionales.

PORCENTAJE DE OCUPACION EN URGENCIAS 2025



ANALISIS

El porcentaje de ocupación del servicio de urgencias supera la meta institucional establecida para el indicador ($\leq 90\%$). Durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2025 se registró un promedio de ocupación del 202%, mientras que en el mismo periodo del año 2024 fue del 157%, evidenciándose un incremento del 45% con respecto al año anterior. Este comportamiento se encuentra asociado a diferentes factores externos que impactan la dinámica de atención del servicio. Entre ellos se identifica el cierre o restricción en la prestación de servicios en otras instituciones prestadoras de salud (IPS) para pacientes afiliados a determinadas EPS, lo que genera un incremento en la demanda asistencial en el servicio de urgencias de la institución. Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos por parte de las EPS, lo cual favorece la descompensación de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, tales como hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y dislipidemias, incrementando la consulta por urgencias y baja capacidad resolutoria del primer nivel de atención lo cual prolonga la permanencia de los pacientes en el servicio de urgencias y contribuye a la sobreocupación del mismo.

Fuente. Informe de productividad – Oficina de Estadística Institucional

2.1.4. Metas o indicadores

Indicador	Periodo	Meses 2025											
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Oportunidad en la atención del triage II en urgencias	2025	35,7	41,1	42,3	40,5	35,4	35,6	40,9	45	31,8	24,1	26,3	24,3
Oportunidad en la atención en consulta de urgencias triage II (Minutos)	2025	34	26,3	24,8	25,1	24,2	22,5	27,3	24,5	20,4	19,4	22,8	19,5
Porcentaje de ocupación de urgencias	2025	170	158	176	204	241	209	219	202	232	221	215	179
Porcentaje de pacientes con estancias superiores a 24 horas en urgencias	2025	25,2	27,7	24,8	21,2	26	21,9	30,9	27,2	25,7	20,5	25,3	23,3
Porcentaje de remisiones aceptadas en la institución	2025	85,1	94,7	89,3	99,4	87	89,2	89,1	91	81,5	82,8	82,1	77,9
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72	2025	0,25	0,47	0,35	0,58	0,21	0,35	0,37	0,37	0,64	0,11	0,15	0,56
Tasa de mortalidad mayor a 48 horas	2025	0,83	0,76	0,86	0,88	0,43	0,76	0,96	0,84	1,09	0,73	0,16	0,68

Durante el análisis de los indicadores correspondientes a la vigencia 2025, se identifican diversas situaciones que reflejan las problemáticas estructurales presentes en el sistema de salud. A pesar del fortalecimiento institucional evidenciado en el incremento del talento humano, la mejora en la disponibilidad de insumos y la adquisición de nuevos equipos biomédicos, estas estrategias no han logrado mitigar de manera significativa las deficiencias del sistema.

Dentro de los factores externos que impactan de manera directa la prestación de los servicios de salud, se destaca la limitada eficiencia de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en procesos fundamentales como la entrega oportuna de medicamentos, la asignación de citas con especialistas y el cumplimiento de compromisos con la red prestadora de servicios de salud tanto a nivel departamental como nacional. Esta situación se ve agravada por el cierre temporal o la restricción de servicios en algunas instituciones prestadoras de salud (IPS), lo que limita la capacidad de respuesta de la red asistencial.

Estas condiciones generan un impacto significativo en los procesos asistenciales de la institución, reflejado en el incremento de pacientes remitidos desde el primer nivel de atención, así como en el aumento de la demanda por consulta espontánea en el servicio de urgencias. Lo anterior repercute directamente en los procesos de clasificación de pacientes (triage), la atención inicial y las revaloraciones médicas, afectando la oportunidad y continuidad en la prestación de los servicios.

Adicionalmente, se evidencia un aumento en la estancia hospitalaria de los pacientes que requieren hospitalización, asociado principalmente a la sobreocupación del servicio, la alta demanda asistencial y la baja disponibilidad

de aceptación oportuna de pacientes en instituciones de mayor nivel de complejidad para la realización de remisiones o traslados.

En consecuencia, estos factores externos e internos generan presión sobre la capacidad resolutive institucional, impactando negativamente indicadores claves relacionados con la oportunidad, accesibilidad y continuidad en la atención de los pacientes.

2.1.5. Retos y oportunidades de mejora

Con base en el análisis del comportamiento del servicio durante la vigencia evaluada, se identifican los siguientes retos y oportunidades de mejora orientados al fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional, la optimización de los procesos asistenciales y la garantía de una atención segura, oportuna y humanizada:

- Ampliación del número de consultorios médicos, con el fin de mejorar la oportunidad en la atención y disminuir los tiempos de espera de los pacientes.
- Fortalecimiento del proceso de digitalización de documentos, con el propósito de optimizar el acceso a la información clínica, mejorar la eficiencia en los procesos administrativos y asistenciales, y garantizar mayor trazabilidad de los registros.
- Incremento en el número de médicos generales y fortalecimiento del apoyo a especialidades críticas, con el objetivo de mejorar la capacidad resolutive del servicio y responder de manera más efectiva al aumento en la demanda de atención.
- Fortalecimiento de la atención humanizada en el personal de salud, mediante estrategias de sensibilización y capacitación orientadas a mejorar la experiencia del paciente y su familia durante el proceso de atención.
- Seguimiento permanente a los indicadores de sobreocupación del servicio, implementando estrategias de control y gestión de flujo de pacientes que permitan minimizar el impacto de la alta demanda en la calidad, seguridad y humanización de la atención.
- Implementación de estrategias de mejoramiento continuo para el personal médico que ingresa al servicio, mediante procesos de inducción y capacitación en clasificación de triage y manejo integral del paciente en urgencias.

- Fortalecimiento de las redes de comunicación y articulación con las instituciones de primer nivel de atención, con el fin de mejorar la aceptación de contrarreferencias y promover la implementación de citas prioritarias para pacientes clasificados en triage IV.
- Articulación y comunicación permanente con la Secretaría de Salud, orientada a la gestión de estrategias que permitan mitigar la demanda excesiva de servicios de urgencias, asociada a las limitaciones en la prestación de servicios por parte de algunas EPS e instituciones de la red.

2.2. GESTIÓN AMBULATORIA Y ATENCIÓN PRIMARIA

2.2.1. Presentación

Nombre del Proceso	Gestión Ambulatoria y Atención Primaria
Tipo:	Misional
Objetivo:	Brindar atención segura y humanizada a los usuarios por medio de la consulta para atender las necesidades de salud.
Responsable:	Líder Profesional Especializado servicios ambulatorios
Alcance:	Inicia desde la asignación de citas y termina con la entrega de fórmulas y ordenes médicas

El Proceso de Gestión Ambulatoria y Atención Primaria realiza de manera mensual la proyección de las agendas de las diferentes especialidades por medio de cuadros de turnos con el fin de dar oportunidad por medio de la asignación de citas de forma personalizada y/o por medio del Call Center. Para lo cual es necesario realizar el alistamiento de todos los equipos biomédicos e insumos necesarios para la prestación del servicio. Una vez el usuario cuente con su cita, el personal encargado realiza la verificación de la factura y la programación de esta, para que posteriormente sea atendido por el especialista y/o el profesional de salud, tanto en la consulta especializada como la atención de promoción y salud en los centros de salud, enmarcado en la Resolución 3280, la cual establece la prestación del servicio en la baja complejidad. De igual manera se realiza mensualmente el reporte de indicadores de oportunidad, además de realizar los informes de auditorías internas y externas (todas las EPS y Entes de Control), el desarrollo de las acciones derivadas de planes de mejora y seguimiento y control de los riesgos del proceso, y las inherentes al personal certificados de supervisión, evaluación de desempeño al personal de carrera.

2.2.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

NOMBRE ACTIVIDAD/RESOLUCION	DESCRIPCION	RECURSOS ASIGNADOS	RECURSOS EJECUTADOS	% DE EJECUCION	IMPACTO GENERADO
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 202500000397	PIC DEPARTAMENTAL	\$ 700.000.000	\$ 700.000.000	100%	Se brindo servicios de mejoramiento y promoción de la salud por medio de actividades de promoción, prevención, diagnóstico tratamiento a cada uno de los habitantes del municipio de Morelia, Montañita y Florencia
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 202500000470	PIC INDIGENAS	\$ 120.000.000	\$ 120.000.000	100%	Se brindo servicios de mejoramiento y promoción de la salud por medio de actividades de promoción, prevención, diagnóstico tratamiento a la población indígena del territorio.
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 061	PIC MUNICIPAL MORELIA	158,216,537,77	158,216,537,77	100%	Se brindo servicios de mejoramiento y promoción de la salud por medio de actividades de promoción, prevención, diagnóstico tratamiento a cada uno de los habitantes del municipio de Morelia.
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO 098	PIC MUNICIPAL MONTAÑITA	\$ 318.148.392	\$ 318.148.392	100%	Se brindo servicios de mejoramiento y promoción de la salud por medio de actividades de promoción, prevención, diagnóstico tratamiento a cada uno de los habitantes del municipio de Montañita
Resolución 1982/2024	APS	\$ 364.227.900	\$ 364.227.900	100%	Se prestaron servicios de Promoción y Mantenimiento de la salud a población de áreas dispersas de los municipios de Morelia y la Montañita disminuyendo barreras de acceso con 8 equipos básicos de salud.
Resolución 0697/2025	APS	\$ 3.090.175.000	\$ 2.028.683.356	66%	Se prestaron servicios de Promoción y Mantenimiento de la salud a población de áreas dispersas de los municipios de Morelia y la Montañita disminuyendo barreras de acceso con 8 equipos básicos de salud.
PAPSIVI Resolución 1162	PAPSIVI	\$ 328.971.230	\$ 328.971.230	100%	De las 700 personas asignadas (como meta a intervenir) se dio cumplimiento al 100% de la población con Atención psicosocial a población víctima del conflicto armado en los municipios de Morelia y la Montañita fortaleciendo vínculos afectivos, mejoramiento en los procesos de comunicación al interior del hogar, identificación de recursos para la expresión de las emociones y pautas familiares para afrontar el miedo como la recuperación de las costumbres familiares, crear espacios de reflexión, establecimiento de pautas de protección y autocuidado de los niños, niñas y adolescentes de las familias, con atención integral en salud, logrando disminuir barreras en el acceso a los servicios de

NOMBRE ACTIVIDAD/RESOLUCION	DESCRIPCION	RECURSOS ASIGNADOS	RECURSOS EJECUTADOS	% DE EJECUCION	IMPACTO GENERADO
					mediana complejidad y articulación intersectorial.
ETCR	ETCR	\$ 98.016.943	\$ 53.981.110	55%	Las brigadas de salud en los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación (ETCR) han tenido un impacto clave en la reincorporación social y económica. Proveen atención médica básica, odontológica y psicológica, y algunas brigadas con especialistas en pediatría y ginecología, mejorando la calidad de vida de los habitantes de los espacios de ETCR. Esta resolución se encuentra actualmente en ejecución.
SUBSIDIO A LA OFERTA 20250000595	SUBSIDIO A LA OFERTA 20250000595	3,383,246,326,42	3,383,246,326,42	100%	Para esta vigencia los recursos de subsidio a la oferta fueron enfocados en el mejoramiento de la prestación del servicio en los centros de salud de morelia y montaña, para lo cual se mejoró sustancialmente en el tema de producción y mejoramiento de indicadores de oportunidad en la atención, lo genera un impacto positivo en la comunidad.

2.2.3. Logros del proceso

- Atención a población vulnerable en zonas apartadas de la región con los equipos de APS, y con las brigadas que se realizan desde los centros de salud.
- El mejoramiento en la oportunidad en la prestación del servicio de especialidades principalmente medicina interna.
- Proyecto de Centro de Salud la Unión Peneya del Municipio de la Montaña
- Intervención del puesto de salud de bocana agua caliente de Morelia, aun en ejecución.
- Ejecución de recursos de PAPSIVI, programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado, Plan de Intervenciones Colectivas, Atención Primaria en salud, ejecutándose el 100% de las actividades.

2.2.4. Metas o indicadores

Código	Proceso	Indicador	Periodicidad	Meses 2025											
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
GAA-05	Gestión ambulatoria y atención primaria (Centros de salud)	Oportunidad de la asignación de cita en la consulta de enfermería	Mensual	NA	NA	0,78	1,95	0,9	0,62	0,42	0,57	0,38	0,34	0,19	0,19
GAA-256-40-EX	Gestión ambulatoria y atención primaria (Centros de salud)	Oportunidad de la asignación de cita en la consulta de odontología	Mensual	1,94	2	0,94	1,27	2,04	1,04	0,87	0,89	0,69	0,76	0,92	0,64
GAA-256-08-EF	Gestión ambulatoria y atención primaria (Centros de salud)	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	Mensual	62,94	37,6	47,06	66,26	63,64	62,17	42,11	25	63,33	54,66	61,82	63,64
GAA-256-09-EF	Gestión ambulatoria y atención primaria (Centros de salud)	Proporción de gestantes con valoración por odontología	Mensual	92,77	95,12	90,36	98,78	90	96,25	98,81	96,36	89,89	100	99,96	97,76
GAA-256-24-EF	Gestión ambulatoria y atención primaria (Centros de salud)	Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año.	Mensual	26,67	40	50	10	13,33	16,67	16,67	46,67	60	26,67	20	6,67
GAA-256-20-EF	Gestión ambulatoria y atención primaria (Centros de salud)	Proporción de personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realiza medición de LDL	Mensual	66,61	63,89	66,88	62,11	61,82	60,24	60,67	59,63	62,69	64,07	64,6	64,04
GAA-256-22-EF	Gestión ambulatoria y atención primaria (Centros de salud)	Proporción de personas con Diabetes Mellitus, estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC)	Semestral	NA	NA	NA	NA	NA	34,04	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	38,98
GAA-256-21-EF	Gestión ambulatoria y atención primaria (Centros de salud)	Proporción de personas con Hipertensión arterial (HTA), estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC)	Semestral	NA	NA	NA	NA	NA	39,34	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	42,76
GAA-256-18-EF	Gestión ambulatoria y atención primaria (Centros de salud)	Proporción de personas con Hipertensión Arterial a quienes se les realiza medición de LDL en un periodo determinado.	Mensual	69,67	68,13	69,63	66,86	66,86	75,54	65,97	73,31	66,48	67,66	68,07	69,72
GAA-256-38-EX	Gestión ambulatoria y atención primaria (Centros de salud)	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	Mensual	2,31	2	1,26	1,98	2,31	1,27	1,48	1,67	1,16	0,57	0,85	0,73

De los 7 indicadores de efectividad que tiene el primer nivel, 2 no cumplen la meta nominal establecida. En relación con la proporción de mujeres entre los 25 a 69 años con toma de citología en el último año se evidencia un aumento mensual debido a las acciones implementadas, pero se continua con brecha, un gran inconveniente es el rango de edad (25 a 29 años), este es limitado para la realización de este tamizaje, rango de edad dada por la EAPB Asmet salud, debido al contrato establecido, el cual es el 98% de la población atendida en los primeros niveles.

El otro indicador que no cumple la meta nominal es la proporción de personas con HTA estudiadas para enfermedad renal crónica, este indicador se evalúa de forma semestral, para la vigencia 2025 no se cumplió la meta establecida que es por encima del 50%, este indicador no se cumple debido que la población objeto no es accesible para la toma de laboratorios ya que al ser llamados no se encuentran en el municipio y la gran mayoría realiza su toma en Florencia, dificultando así la toma del laboratorio y el cumplimiento del indicador.

INDICADORES DE EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN

- **Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General Mensual**

Este indicador se saca de la Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es atendido el paciente / Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución. La meta establecida se toma según la resolución 1552 de agendas abiertas, la cual es de 3 días para asignación de citas, durante el 2025 este indicador cumplió a satisfacción la meta establecida, finalizando en el mes de diciembre con 0.73 días de oportunidad.

- **Oportunidad de la asignación de cita de odontología general**

Este indicador se saca de la Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Odontología general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó / Número total de citas de Odontología General de primera vez asignadas. La meta establecida es de 2 días, durante el 2025 este indicador cumplió a satisfacción la meta establecida, finalizando en el mes de diciembre con 1.64 días de oportunidad.

INDICADORES GESTION AMBULATORIA

Código	Proceso	Indicador	Periodicidad	Meses 2025											
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
GAA-03	Gestión ambulatoria y atención primaria	Porcentaje de inasistencia de consulta especializada en el periodo	Mensual	21,52	18,23	15,51	13,77	16,11	9,99	18,3	15,05	19,71	20,88	20,16	31,25
GAA-04	Gestión ambulatoria y atención primaria	Porcentaje de terapias atendidas en rehabilitación	Mensual	85,99	81,89	81,37	86,02	89,78	85,02	84,88	84,91	84,78	84,22	81,64	92,83
GAA-256-45-EX	Gestión ambulatoria y atención primaria	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General	Mensual	10,06	7,67	6,57	7,5	11	9,35	8,93	18,29	7,41	10,73	5,88	2
GAA-256-43-EX	Gestión ambulatoria y atención primaria	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	Mensual	1,83	3,33	2,39	3,07	3,42	5,29	3,48	3,31	3,67	3,21	3,4	4,31
GAA-PLG-256-41EX	Gestión ambulatoria y atención primaria	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	Mensual	17,18	7,98	8,06	9,45	11,25	10,35	8,47	14,42	7,08	3,23	11,56	7,69
GAA-PLG-256-44EX	Gestión ambulatoria y atención primaria	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	Mensual	2	2,63	2,14	3,37	3,69	4,75	3,1	5	3,4	5,33	4	3,75
GAA-PLG-256-46EX	Gestión ambulatoria y atención primaria	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ortopedia	Mensual	4,53	4,12	7,12	7,47	11	14,33	16,43	11,26	9,17	20,29	17,04	12,53
GAA-PLG-256-42EX	Gestión ambulatoria y atención primaria	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	Mensual	1,54	2,43	1,85	2,31	2,18	2,26	3,32	2,68	2,11	2,58	1,25	1,81

Para la vigencia 2025 los indicadores de oportunidad tiempo promedio de asignación de citas de consulta especializada fue favorable, toda vez que se logró el cumplimiento de las metas establecidas ya que contábamos con el talento humano suficiente para cubrir la demanda generada por la EAPB, excepto para la especialidad de Medicina Interna en el mes de enero ya que no se contaba con internista, ya que la prioridad es la urgencia y hospitalización, y el indicador de inasistencia toda vez que por histórico institucional el mes de enero la comunidad esta retomando nuevamente actividades luego de las festividades decembrinas.

2.2.5. Retos y oportunidades de mejora

Fortalecimiento del personal y la infraestructura

- Capacitación continua para médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería.

- Mejoras en la infraestructura para garantizar espacios adecuados de atención.
- Inversión en equipo biomédico.

Estrategias de prevención y promoción de la salud

- Campañas comunitarias de educación en salud, enfocadas en enfermedades crónicas y hábitos saludables.
- Mayor involucramiento de la comunidad en programas de prevención.

Mejor uso de la tecnología y digitalización

- Mejora de equipo de cómputo para los centros de salud.
- Mejorar la orientación del usuario hacia los diferentes servicios del hospital.
- Mejorar la seguridad dentro de la institución ya que no hay control de ingreso de personal, la vigilancia es muy deficiente.
- Fortalecer los contratos con las EAPB para el direccionamiento de usuarios ambulatorios a la institución toda vez que contamos con la infraestructura y el talento humano suficiente para ofrecer una atención con oportunidad y calidad.

2.2.6. CENTRO DE SALUD MORELIA

2.2.6.1. Presentación

El Centro de Salud de Morelia, como Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de primer nivel de atención, ejecuta un proceso misional orientado a la prestación de servicios de baja complejidad, enmarcado en el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), garantizando accesibilidad, continuidad, integralidad, resolutivez y enfoque diferencial. El proceso asistencial comprende la gestión de la demanda inducida y espontánea, valoración clínica integral, identificación y clasificación de riesgos, intervención según guías de práctica clínica y lineamientos técnicos vigentes, ejecución de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, seguimiento programático y referencia oportuna a niveles de mayor complejidad cuando se requiera.

La relevancia del proceso radica en que el primer nivel constituye la puerta de entrada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurando la detección temprana de eventos de interés en salud pública, el control de enfermedades crónicas no transmisibles, la reducción de complicaciones prevenibles y la optimización del uso de los recursos del sistema mediante una adecuada gestión del riesgo en salud.

Durante la vigencia 2025, los objetivos principales se orientan a: (1) fortalecer la gestión del riesgo individual y colectivo mediante el incremento de coberturas en los programas de promoción y mantenimiento de la salud; (2) mejorar los indicadores de vacunación, control prenatal, crecimiento y desarrollo, tamizajes para cáncer de cuello uterino y mama, y seguimiento a patologías cardiovasculares y metabólicas; (3) garantizar la calidad, seguridad y oportunidad en la prestación del servicio bajo estándares de habilitación vigentes; (4) optimizar los procesos de registro, análisis y reporte de información y (5) asegurar la ejecución y cumplimiento de los diferentes programas y estrategias contratadas, tales como el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), el programa de atención a población con discapacidad y el componente de subsidio a la oferta, garantizando cobertura, seguimiento técnico y cumplimiento de metas establecidas en cada uno de ellos, en articulación con la entidad territorial.

2.2.6.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

1. ENFERMERÍA

El servicio de enfermería lidera la ejecución operativa de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desarrollando acciones individuales y colectivas orientadas a la gestión del riesgo en salud.

Dentro de sus principales actividades se encuentran:

- Captación temprana de población objeto de programas prioritarios.
- Ejecución de controles de crecimiento y desarrollo en población infantil.
- Seguimiento a gestantes (controles prenatales de bajo riesgo en articulación con medicina).
- Toma de citologías cervicouterinas y apoyo en tamizajes.
- Educación individual y grupal en estilos de vida saludables, planificación familiar, salud sexual y reproductiva.
- Demanda inducida para vacunación, detección de enfermedades crónicas y programas de protección específica.
- Identificación y clasificación de riesgos según RIAS.
- Seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes) en coordinación con medicina general.

El servicio de enfermería constituye un eje estratégico para el cumplimiento de coberturas y metas en promoción y mantenimiento de la salud.

Al analizar el grado de cumplimiento en el 2025, se evidencia que los controles de enfermería en atención prenatal y crecimiento y desarrollo inician con un alto volumen en el primer trimestre, pero presentan una disminución significativa en el segundo y tercer trimestre, con una leve recuperación en el cuarto, lo que indica un cumplimiento parcial y no sostenido durante la vigencia; esta variabilidad impacta directamente en la detección temprana de riesgos en gestantes y en la adecuada vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil, pudiendo aumentar complicaciones prevenibles. En cuanto a los otros controles de PyP, aunque muestran estabilidad en el primer semestre, la reducción progresiva en el tercer y cuarto trimestre refleja una pérdida de adherencia o disminución en la captación de usuarios, afectando el cumplimiento global de metas en actividades de promoción y mantenimiento de la salud. Finalmente, las citologías cervicovaginales presentan un muy bajo nivel de ejecución durante todo el año, evidenciando un bajo grado de cumplimiento con alto impacto negativo, ya que limita la detección oportuna de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, incrementando el riesgo de diagnósticos tardíos, un gran inconveniente es el rango de edad (25 a 29 años), este es limitado para la realización de este tamizaje, rango de edad dada por la EAPB ASMET SALUD, debido al contrato establecido, el cual es el 98% de la población atendida en los primeros niveles.

2. VACUNACIÓN

El área de vacunación ejecuta el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), garantizando la aplicación del esquema nacional de vacunación vigente, bajo lineamientos del Ministerio de Salud.

Sus actividades incluyen:

- Aplicación de biológicos según edad, condición y esquema nacional (recién nacidos, menores de 5 años, población escolar, gestantes, adultos mayores y población priorizada).
- Verificación de esquemas incompletos y aplicación de dosis pendientes.
- Conservación adecuada de la cadena de frío y manejo técnico de biológicos.
- Registro nominal en plataformas oficiales.
- Búsqueda activa de susceptibles y estrategias de intensificación de coberturas.

- Educación a padres y cuidadores sobre la importancia de la vacunación y eventos supuestamente atribuibles a la vacunación (ESAVI).

El cumplimiento del esquema de vacunación contribuye a la prevención de enfermedades inmunoprevenibles y al control de eventos de interés en salud pública.

El comportamiento de las dosis de biológico aplicadas en el 2025 evidencia un incremento progresivo del primer al tercer trimestre, con un pico significativo en el tercer trimestre, lo que sugiere la implementación de jornadas intensificadas de vacunación, búsqueda activa comunitaria o cumplimiento de lineamientos nacionales que fortalecieron la cobertura; posteriormente, en el cuarto trimestre se observa una disminución frente al trimestre anterior, aunque se mantiene por encima de los dos primeros periodos, lo que indica que, si bien hubo desaceleración, el desempeño anual fue positivo. En términos de cumplimiento, el tercer trimestre refleja un alto nivel de ejecución y superación de metas, generando un impacto favorable en la protección colectiva, reducción del riesgo de enfermedades inmunoprevenibles y fortalecimiento de la inmunidad de rebaño.

3. ODONTOLOGÍA

El servicio de odontología desarrolla acciones de protección específica y detección temprana de patologías orales, con enfoque preventivo y educativo.

Entre sus actividades de promoción y prevención se encuentran:

- Valoración odontológica inicial y clasificación de riesgo en salud oral.
- Aplicación de barniz de flúor en población infantil.
- Sellantes de fosas y fisuras en población escolar.
- Profilaxis dental.
- Educación en técnicas adecuadas de cepillado, uso de seda dental y hábitos saludables.
- Jornadas educativas en instituciones educativas y comunidad.
- Detección temprana de caries, enfermedad periodontal y otras patologías orales.

Estas acciones buscan disminuir la incidencia de caries dental y enfermedad periodontal, fortaleciendo el autocuidado en salud oral.

El comportamiento de los indicadores de odontología evidencia variaciones importantes en producción y resolutivez durante el año. Las consultas de

valoración muestran una disminución progresiva del primer al tercer trimestre, con leve recuperación en el cuarto, lo que sugiere menor captación de nuevos pacientes o posible disminución en la demanda; sin embargo, el número de sesiones realizadas se incrementa notablemente en el tercer trimestre y se mantiene alto en el cuarto, lo que indica mayor continuidad en tratamientos ya iniciados y un aumento en la productividad del servicio. En cuanto a la resolutivez, los tratamientos terminados presentan un comportamiento muy positivo en el cuarto trimestre, evidenciando cierre efectivo de casos y mejor cumplimiento frente a trimestres anteriores, lo que impacta favorablemente en la calidad del servicio y en la satisfacción del usuario. Las actividades de promoción y prevención, como los sellantes aplicados, aumentan significativamente en el tercer y cuarto trimestre, reflejando fortalecimiento en estrategias preventivas; por su parte, las superficies obturadas y exodoncias muestran variaciones que pueden asociarse a la demanda de tratamientos correctivos, destacándose un pico de exodoncias en el tercer trimestre. En conjunto, aunque hubo disminución en valoraciones iniciales, el impacto global es positivo en términos de productividad, cierre de tratamientos y fortalecimiento de acciones preventivas, lo que contribuye a mejorar la salud oral de la población atendida.

4. MEDICINA GENERAL

El servicio de medicina general desarrolla actividades de promoción, prevención, diagnóstico temprano y manejo integral de patologías de baja complejidad.

En el componente de promoción y prevención realiza:

- Valoración médica integral con enfoque de riesgo.
- Detección temprana de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad).
- Solicitud e interpretación de tamizajes (perfil lipídico, glicemia, citologías, pruebas complementarias).
- Seguimiento y control de pacientes crónicos.
- Control prenatal de bajo riesgo en articulación con enfermería.
- Consejería en planificación familiar.
- Educación en hábitos y estilos de vida saludables.
- Remisión oportuna a segundo nivel cuando se identifica riesgo o complicación.

El servicio de medicina general fortalece la resolutiveidad del primer nivel y contribuye a la reducción de complicaciones y hospitalizaciones evitables.

El comportamiento de las consultas de medicina general electivas evidencia un alto volumen en el primer trimestre, seguido de una disminución en el segundo, una recuperación en el tercero y nuevamente descenso en el cuarto, lo que refleja un cumplimiento variable durante la vigencia. No obstante, el volumen anual indica una adecuada capacidad resolutive en atención programada, impactando positivamente en el control de enfermedades crónicas, seguimiento de pacientes y fortalecimiento de acciones de promoción y mantenimiento de la salud. Por su parte, las consultas urgentes muestran una tendencia general a la disminución del primer al tercer trimestre, con leve aumento en el cuarto, lo que puede interpretarse como un impacto favorable de las acciones preventivas y del adecuado manejo oportuno en consulta externa, reduciendo la necesidad de atención por eventos agudos; en términos de cumplimiento, la reducción de urgencias sugiere mejor control de riesgos en la población, aunque es importante garantizar que esta disminución no esté relacionada con barreras de acceso sino con una verdadera mejora en las condiciones de salud y en la oportunidad de la atención primaria.

2.2.6.3. Logros del proceso

PRODUCCION CENTRO DE SALUD MORELIA

Variable	CENTRO DE SALUD MORELIA			
	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
Dosis de biológico aplicadas	533	599	1677	822
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	289	183	128	165
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	213	217	184	149
Citologías cervicovaginales tomadas	13	4	7	3
Consultas de medicina general electivas realizadas	1562	977	1193	988
Consultas de medicina general urgentes realizadas	401	289	212	238
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista,)	49	43	69	76
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	544	322	277	317
Número de sesiones de odontología realizadas	1148	1073	1589	1216
Total de tratamientos terminados (Paciente terminado)	63	14	56	176
Sellantes aplicados	108	117	323	311
Superficies obturadas (cualquier material)	211	94	119	100
Exodoncias (cualquier tipo)	23	11	34	13
Exámenes de laboratorio	3698	2767	2201	2315
Número de imágenes diagnósticas tomadas	140	72	47	30
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	0	8	0	38
Número de visitas domiciliarias, comunitarias e institucionales -PIC-	0	118	340	24
Número de sesiones de talleres colectivos -PIC-	0	15	61	0

Durante la vigencia evaluada, el Centro de Salud Morelia presenta un comportamiento heterogéneo en su producción de servicios, evidenciándose un mayor nivel de ejecución en el III trimestre, particularmente en vacunación (1677 dosis), sesiones de odontología (1589), sellantes aplicados (323) y actividades PIC como visitas domiciliarias (340) y talleres colectivos (61), asociada a cumplimiento de metas acumuladas, jornadas extramurales; no obstante, se identifican alertas importantes como la disminución progresiva en controles de enfermería de atención prenatal y crecimiento y desarrollo (de 289 en el I trimestre a 128 en el III),

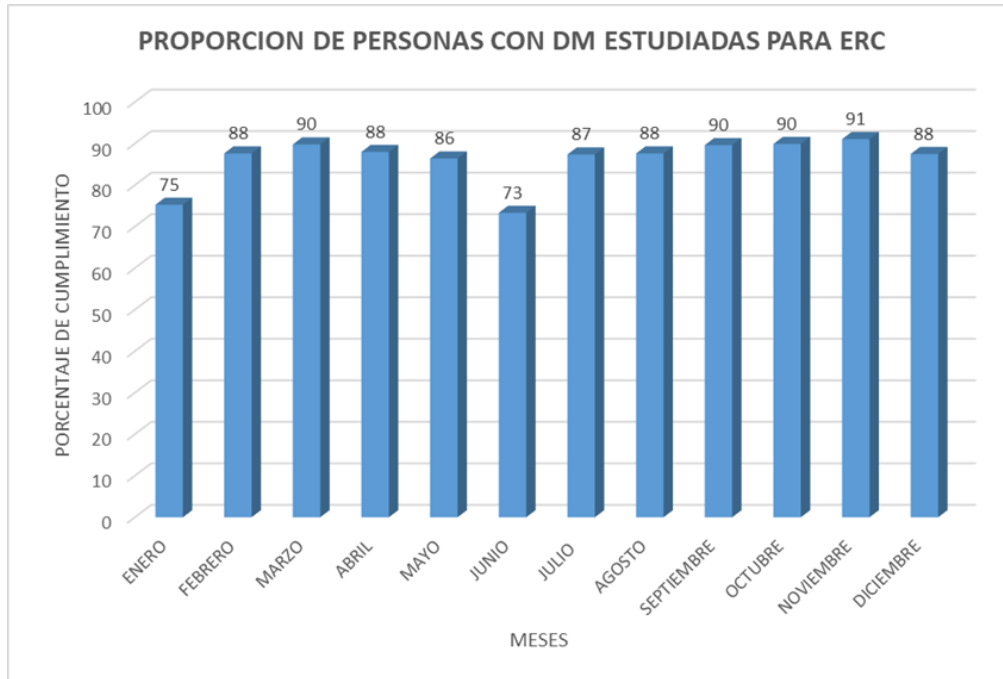
así como la baja captación sostenida de citologías durante todo el año, lo cual representa riesgo en los indicadores de detección temprana; esto debido a la falta de personal de enfermería en ese trimestre, lo que logro la disminución de las consultas por parte del perfil profesional. En consulta externa, la medicina general electiva muestra mayor producción en el I trimestre (1562) con fluctuaciones posteriores, mientras la consulta urgente presenta tendencia descendente, lo que podría indicar mejor resolución en atención programada o variaciones en la demanda; en el servicio de odontología se observa una disminución en valoraciones pero un incremento significativo en tratamientos terminados en el IV trimestre (176), evidenciando cierre efectivo de planes instaurados; finalmente, los exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas muestran tendencia a la baja frente al inicio del año, lo que amerita revisión de la demanda inducida y articulación con consulta médica, concluyéndose que, aunque existe buena capacidad resolutive en determinados periodos, es necesario fortalecer estrategias de captación y continuidad operativa de los profesionales para garantizar estabilidad en los indicadores durante todos los trimestres.

2.2.6.4. Metas o indicadores

INDICADORES ACTIVOS		META NOMINAL	CUMPLIMIENTO DEL 2025
GAA-05	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACION DE CITAS EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA	3 DIAS	100%
GAA-256-08-EF	PROPORCION DE GESTANTES CON CONSULTA DE CONTROL PRENATAL DE PRIMERA VEZ ANTES DE LAS 12 SEMANAS DE GESTACION	60%	68%
GAA-256-09-EF	PROPORCION DE GESTANTES CON VALORACION POR ODONTOLOGIA	70%	91%
GAA-256-18-EF	PROPORCION DE PERSONAS CON HIPERTENCION ARTERIAL A QUIEN SE LES REALIZA MEDICION DE LDL	50%	90%
GAA-256-20-EF	PROPORCION DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS A QUIEN SE LES REALIZA MEDICION DE LDL	45%	87%
GAA-256-21-EF	PROPORCION DE PERSONAS CON HIPERTENCION ARTERIAL ESTUDIADAS PARA ENFERMEDAD RENAL CRONICA	45%	92%
GAA-256-22-EF	PROPORCION DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS ESTUDIADAS PARA ENFERMEDAD RENAL CRONICA	50%	89%
GAA-256-24-EF	PROPORCION DE MUJERES ENTRE 25 Y 69 AÑOS CON TOMA DE CITOLOGIA EN EL ULTIMO AÑO	40%	29%
GAA-256-39-EX	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA GENERAL	3 DIAS	100%
GAA-256-40-EX	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACION DE CITAS EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGIA (DIAS)	3 DIAS	100%

Proporción de personas con Diabetes Mellitus, estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC)

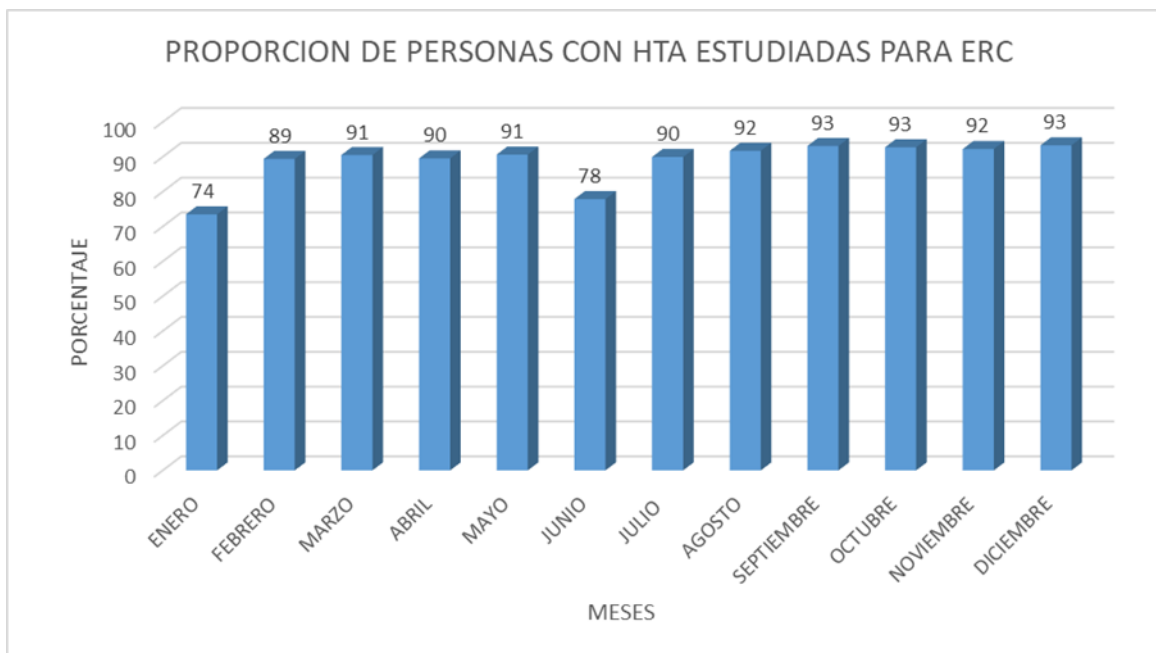
	MORELIA												CONSOLIDADO	
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
NUMERADOR= n°Personas a las que le hago el examen	70	85	88	88	89	77		90	92	95	98	102	98	575
DENOMINADOR= N° personas inscritas en el programa	93	97	98	100	103	105		103	105	106	109	112	112	647
%	75	88	90	88	86	73		87	88	90	90	91	88	89



La gráfica de **Proporción de personas con DM estudiadas para ERC** evidencia un desempeño ampliamente favorable durante la vigencia, teniendo en cuenta que la meta establecida es del 50%. Desde el inicio del año el indicador se mantiene significativamente por encima de la meta, iniciando en enero con 75% y alcanzando valores entre 86% y 91% en la mayoría de los meses. Se observa un comportamiento ascendente entre febrero y marzo (88% y 90%), seguido de una leve disminución en junio (73%), siendo este el punto más bajo del periodo; sin embargo, incluso en ese mes el cumplimiento supera ampliamente la meta institucional. A partir de julio se evidencia una recuperación sostenida, con resultados entre 87% y 91%, alcanzando el pico máximo en noviembre (91%), lo que refleja fortalecimiento en las estrategias de captación, seguimiento y control de pacientes con diabetes mellitus para detección temprana de enfermedad renal crónica. En términos generales, el indicador demuestra estabilidad, cumplimiento sostenido y un margen amplio sobre la meta propuesta, evidenciando una gestión efectiva del riesgo, con oportunidades de mejora enfocadas en evitar fluctuaciones mensuales y mantener la continuidad del seguimiento.

Proporción de personas con Hipertensión, estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC).

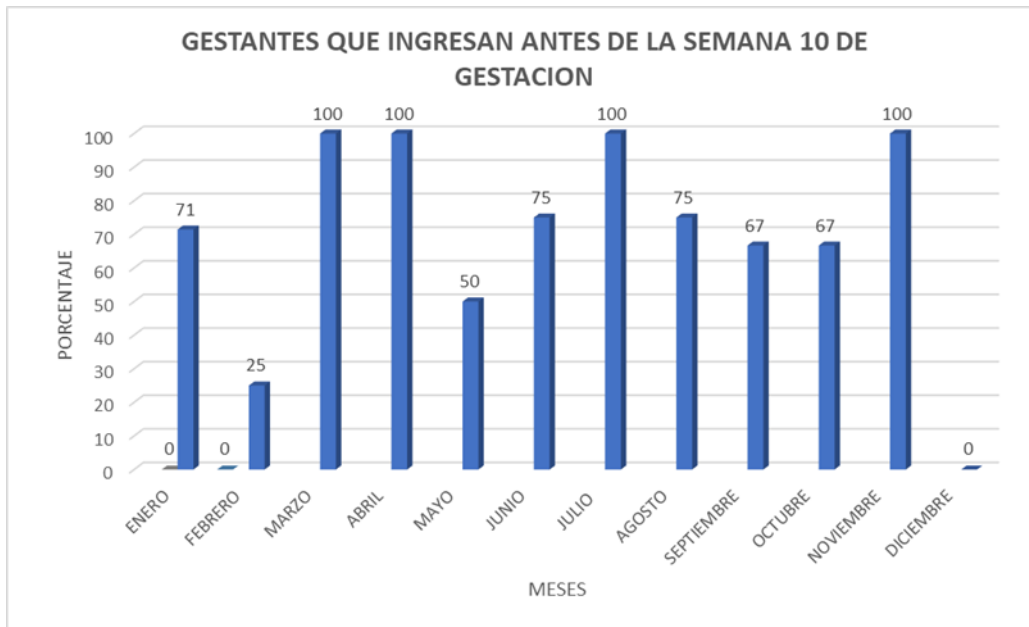
MORELIA														
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	CONSOLIDADO	
NUMERADOR= n°Personas a las que le hago el examen	211	262	268	266	272	236		269	278	285	282	286	293	1693
DENOMINADOR= N° personas inscritas en el programa	287	293	296	297	300	303		299	303	306	304	310	314	1836
%	74	89	91	90	91	78		90	92	93	93	92	93	92



La gráfica de **Proporción de personas con HTA estudiadas para ERC** evidencia un desempeño altamente favorable durante toda la vigencia, considerando que la meta establecida es del 45%. Desde el mes de enero (74%) el indicador se mantiene ampliamente por encima de la meta institucional, superándola por más de 25 puntos porcentuales, lo que refleja una adecuada gestión en la captación y seguimiento de pacientes con hipertensión arterial. Se observa un incremento importante entre febrero y mayo, con valores que oscilan entre 89% y 91%. En junio se presenta una disminución a 78%, siendo el punto más bajo del año; no obstante, este resultado continúa superando significativamente la meta establecida. A partir de julio el indicador muestra una recuperación sostenida, alcanzando sus mejores desempeños entre septiembre y diciembre (92%-93%), lo que evidencia fortalecimiento en las estrategias de demanda inducida, control y detección temprana de enfermedad renal crónica. En términos generales, el comportamiento anual demuestra estabilidad, cumplimiento sobresaliente y una gestión efectiva del riesgo cardiovascular, manteniéndose durante todo el periodo muy por encima del estándar esperado.

Gestantes que ingresan antes de la semana 10 de gestación

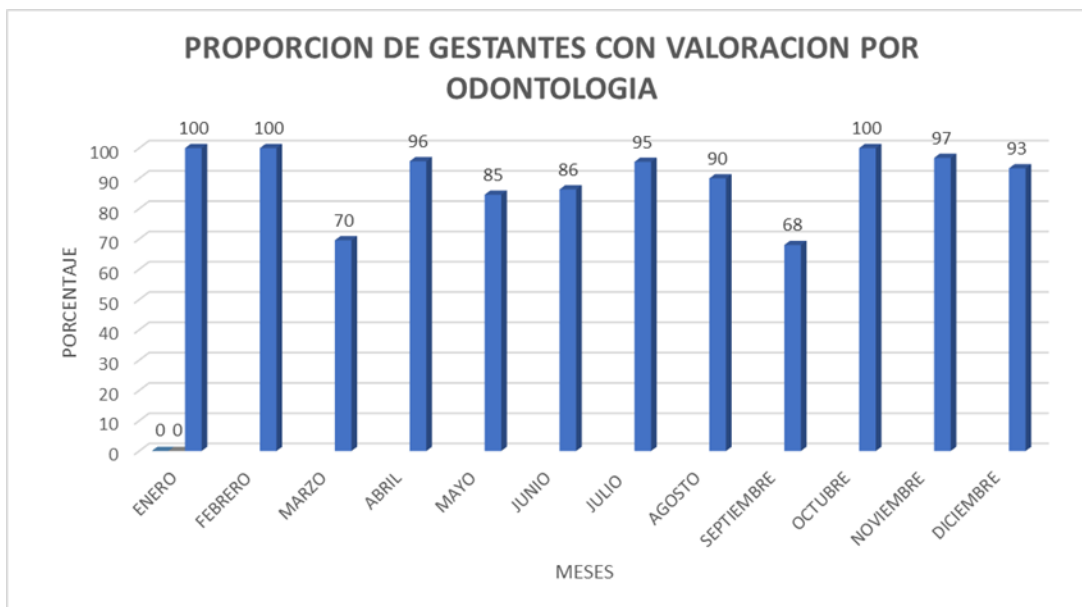
MORELIA														
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	CONSOLIDADO	
NUMERADOR= n° de gestantes que ingresan antes de la semana 10 de gestación	5	1	1	5	1	3		3	3	4	2	1	0	13
DENOMINADOR= N° gestantes que ingresaron ese mes	7	4	1	5	2	4		3	4	6	3	1	1	18
%	71	25	100	100	50	75		100	75	67	67	100	0	68



La gráfica de **Gestantes que ingresan antes de la semana 10 de gestación** muestra un comportamiento variable a lo largo del año frente a la meta establecida del 60%. Se observa cumplimiento satisfactorio en enero (71%), marzo (100%), abril (100%), julio (100%), agosto (75%) y noviembre (100%), meses en los cuales se supera ampliamente el estándar definido, evidenciando una adecuada captación temprana y efectividad en las estrategias de demanda inducida. Sin embargo, en febrero (25%), mayo (50%), septiembre (67%) y octubre (67%) el comportamiento es fluctuante, presentándose en febrero y mayo incumplimiento de la meta, lo que podría estar relacionado con baja captación o ingreso tardío al control prenatal. Llama la atención diciembre con 0%, lo que sugiere ausencia de casos reportados o falla en el registro de la información. En términos generales, aunque existen meses con resultados excelentes, el indicador no mantiene estabilidad durante toda la vigencia, evidenciando la necesidad de fortalecer estrategias continuas de identificación temprana de gestantes, articulación con programas de planificación familiar y seguimiento comunitario, con el fin de garantizar un ingreso oportuno y sostenido al control prenatal.

Proporción de Gestantes con valoración por odontología

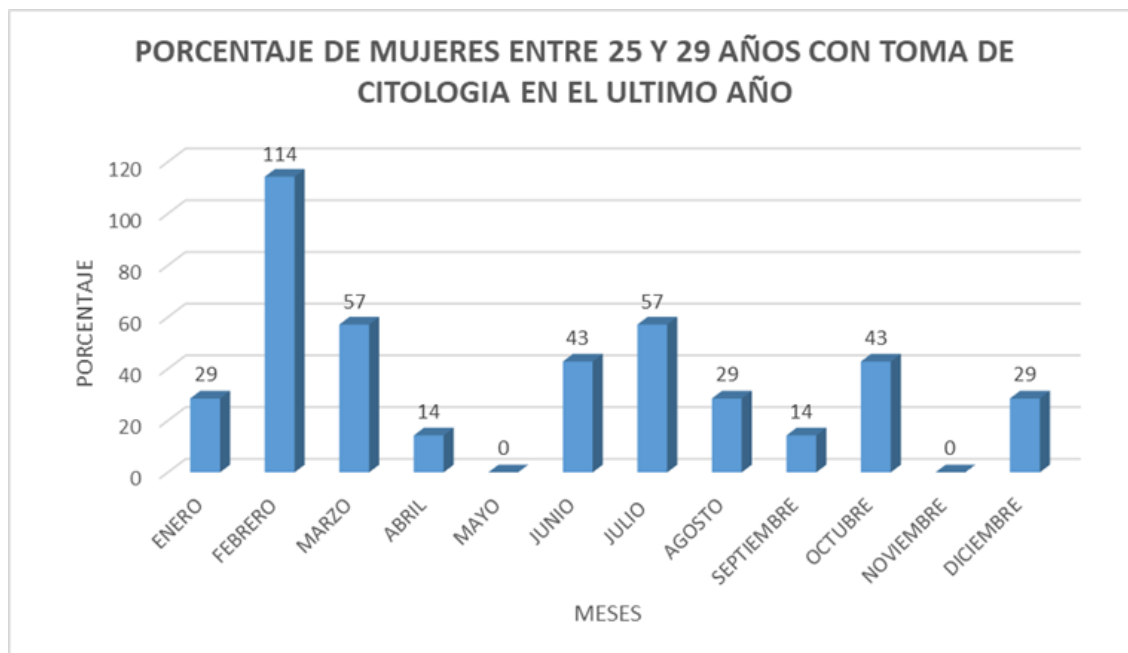
MORELIA														
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	CONSOLIDADO	
NUMERADOR= Número de gestantes con valoración por Odontología	29	25	16	22	22	19		21	18	17	29	30	28	143
DENOMINADOR= Total de gestantes reportadas	29	25	23	23	26	22		22	20	25	29	31	30	157
%	100	100	70	96	85	86		95	90	68	100	97	93	91



El indicador “Proporción de gestantes con valoración por odontología”, con una meta nominal del 70%, muestra un cumplimiento promedio del 91%, lo que refleja un desempeño sobresaliente en la atención integral de las gestantes. Durante los meses de enero, febrero y octubre se alcanzó el 100%, lo que evidencia una cobertura total en la valoración odontológica. En los meses siguientes se mantienen resultados altos todos por encima de la meta establecida.

Porcentaje de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año.

MORELIA														
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	CONSOLIDADO	
NUMERADOR= Número de mujeres de entre 25 y 69 años que se ha tomado la citología en el periodo definido	2	8	4	1	0	3		4	2	1	3	0	2	12
DENOMINADOR= Total de mujeres entre 25 y 69 años asignadas a la IPS.	7	7	7	7	7	7		7	7	7	7	7	7	42
%	29	114	57	14	0	43		57	29	14	43	0	29	29

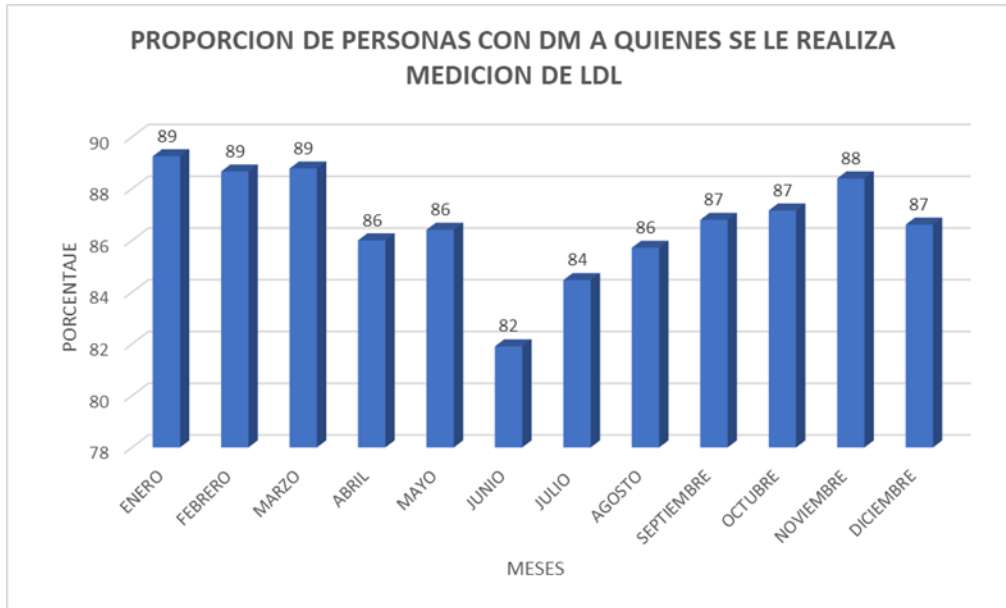


El indicador “Porcentaje de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año”, con una meta nominal del 40%, presenta un cumplimiento promedio del 29%, reflejando un desempeño inferior a la meta establecida.

Durante el mes de febrero se evidenció un pico excepcional del 114%, mientras que en marzo (57%), junio (43%) y julio (57%) se alcanzaron niveles favorables, superando o acercándose a la meta. Para este indicador un gran inconveniente es el rango de edad (25 a 29 años), este es limitado para la realización de este tamizaje, rango de edad dada por la EAPB ASMET SALUD, debido al contrato establecido, el cual es el 98% de la población atendida en los primeros niveles.

Proporción de personas con Diabetes Mellitus, a quienes se le realiza medición de LDL.

MORELIA														
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	CONSOLIDADO	
NUMERADOR= Personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realiza medición de LDL en el año	83	86	87	86	89	86		87	90	92	95	99	97	560
DENOMINADOR= Número total de personas con Diabetes Mellitus reportados	93	97	98	100	103	105		103	105	106	109	112	112	647
%	89	89	89	86	86	82		84	86	87	87	88	87	87



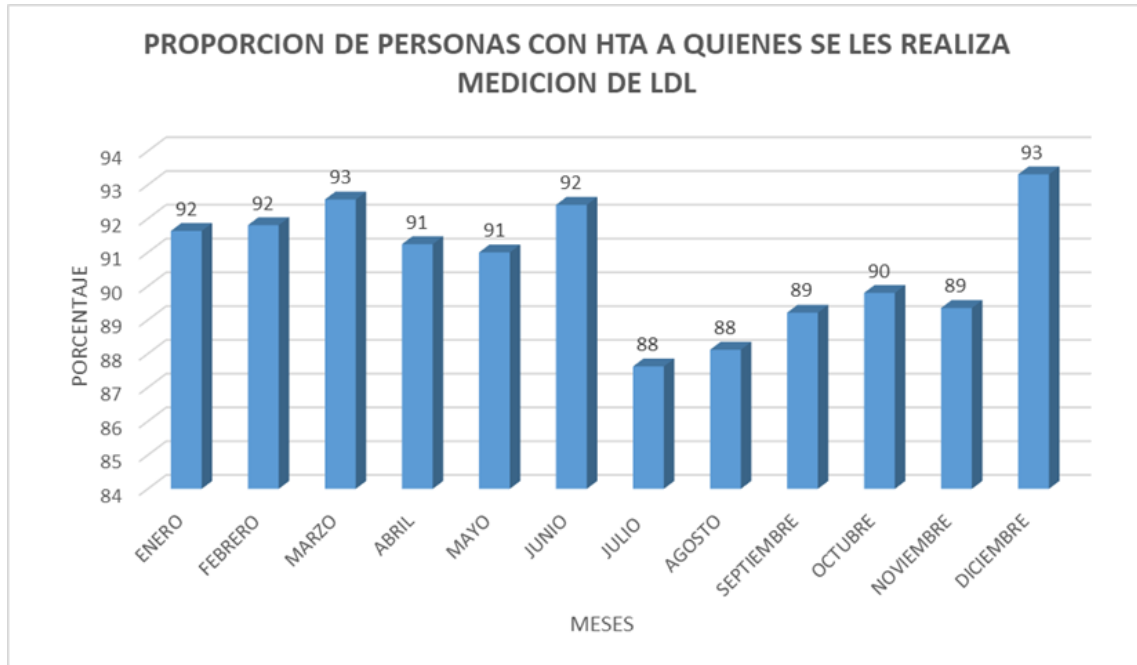
El indicador “Proporción de personas con diabetes mellitus (DM) a quienes se les realiza medición de LDL”, con una meta nominal del 45%, muestra un cumplimiento promedio de 87%, superando ampliamente la meta establecida.

Durante el periodo analizado, los resultados se mantuvieron constantemente por encima del 80%, alcanzando los valores más altos en los meses de enero, febrero y marzo (89%), y el más bajo en junio (82%), aunque aún muy superior a la meta institucional.

Este desempeño refleja un excelente seguimiento de los pacientes con diabetes mellitus, garantizando el control oportuno de los niveles de LDL como parte del manejo integral de la enfermedad.

Proporción de personas con Hipertensión arterial, a quienes se le realiza medición de LDL.

MORELIA														
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	CONSOLIDADO	
NUMERADOR= Personas con HTA a quienes se les realiza medición de LDL en el año	263	269	274	271	273	280		262	267	273	273	277	293	1645
DENOMINADOR= Número total de personas con HTA reportados	287	293	296	297	300	303		299	303	306	304	310	314	1836
%	92	92	93	91	91	92		88	88	89	90	89	93	90



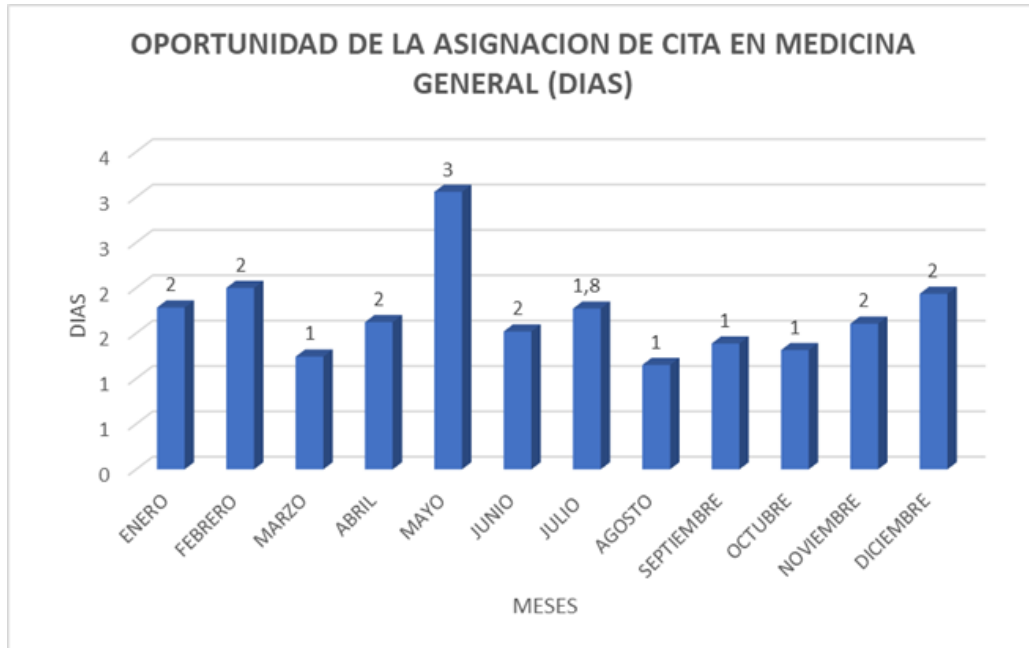
El indicador “Proporción de personas con hipertensión arterial (HTA) a quienes se les realiza medición de LDL”, con una meta nominal del 50%, evidencia un cumplimiento promedio de 90%, lo que representa un logro sobresaliente y sostenido durante todo el periodo evaluado.

Los valores se mantuvieron por encima del 88% en todos los meses, alcanzando su punto más alto en marzo con 93%, y el más bajo en julio, agosto con 88%, noviembre con 89%, manteniendo aun así un nivel muy superior a la meta establecida.

Estos resultados reflejan un excelente desempeño del programa de riesgo cardiovascular, destacando la constancia en la medición de LDL como parte del seguimiento integral de los pacientes con hipertensión arterial.

Oportunidad de la asignación de cita en medicina general (días)

MORELIA													
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	CONSOLIDADO
NUMERADOR= Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó	881	1130	728	649	1404	462	762	266	523	414	424	360	2749
DENOMINADOR= Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas	494	565	586	400	459	304	430	231	377	315	264	186	1803
%	2	2	1	2	3	2	1,8	1	1	1	2	2	2



El indicador de oportunidad de la asignación de citas en medicina general en un plazo de 3 días se cumplió en todos los meses presentados, lo que representa un porcentaje de cumplimiento del 100%. El mes con el tiempo de espera más largo fue mayo, con 3 días exactos, mientras que los otros meses del año tuvieron el menor tiempo de espera, con 1 día cada uno. Los datos visualizados muestran que el tiempo de espera se mantuvo consistentemente por debajo o igual a la meta durante todo el período analizado.

Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta de Odontología (días)

MORELIA													
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	CONSOLIDADO
NUMERADOR= Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de odontología general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó	711	674	489	586	965	361	537	383	228	320	288	237	1993
DENOMINADOR= Número total de citas de odontología general de primera vez asignadas	285	337	345	255	298	221	345	282	193	197	171	132	1320
%	2	2	1	2	3	2	1,6	1	1	2	2	2	2



El indicador de "OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACION DE CITA EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGIA", se puede analizar el cumplimiento de la meta de 3 días. Todos los meses muestran un tiempo de espera promedio de 2 días o menos. Esto indica un cumplimiento del 100% de la meta. Los tiempos de espera más bajos, de 1 día, se registraron en marzo, agosto y septiembre, mientras que el tiempo de espera más largo, de 3 días, se observó en mayo. La gráfica demuestra un rendimiento constante en el cumplimiento del objetivo durante todo el período analizado.

Oportunidad de la asignación de cita en enfermería (días)

MORELIA													
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	CONSOLIDADO
NUMERADOR= Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de enfermería de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó	232	292	155	100	195	77	108	52	51	61	15	32	319
DENOMINADOR= Número total de citas de enfermería de primera vez asignadas	150	146	137	116	122	94	120	97	96	82	61	59	515
%	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	0	1	1



Basado en la gráfica que muestra la oportunidad de asignación de citas en enfermería, se puede analizar el cumplimiento de la meta de 2 días. El análisis revela que, en todos los meses presentado del 2025, el tiempo de espera promedio para una cita fue de 1 día. Esto significa que la meta se cumplió consistentemente en el 100% de los meses. El tiempo de espera máximo fue de 2 días en enero, febrero y mayo, mientras que el mínimo fue de 1 día en el resto del año, demostrando un rendimiento sólido y constante en el cumplimiento del objetivo.

2.2.6.5. Retos y oportunidades de mejora

No.	RIESGOS DEL PROCESO	CONTROL	ACCIONES DESARROLLADAS PARA MINIMIZAR EL RIESGO
1	Posibilidad de no tener agenda para las citas de consulta médica y de enfermería para atender de forma oportuna la demanda, debido a la falta del talento humano, lo que ocasiona insatisfacción, disminución de otros indicadores que van de la mano con las atenciones.	Programar y proyectar la disponibilidad del personal asistencial según la demanda mensual de servicios.	Mantener un banco de hojas de vida actualizado para contrataciones temporales en el área de talento humano. Gestionar la contratación oportuna de personal de apoyo ante falta de personal asistencial por parte del área de contratación.

No.	RIESGOS DEL PROCESO	CONTROL	ACCIONES DESARROLLADAS PARA MINIMIZAR EL RIESGO
2	<p>Bajo cumplimiento del indicador "Porcentaje de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año" (29% vs meta 40%), asociado a:</p> <p>Restricción contractual del rango etario (25 a 29 años) definido por la EAPB ASMET SALUD EPS.</p> <p>Poca adherencia al tamizaje.</p> <p>Barreras de acceso (culturales).</p>	<p>Seguimiento mensual del indicador mediante análisis estadístico y comparativo.</p> <p>Cruce de bases de datos para identificación de mujeres pendientes por tamizaje.</p> <p>Programación prioritaria de citas para el grupo etario objeto.</p>	Jornadas extramurales e intensificación de la demanda inducida
			Búsqueda activa telefónica a mujeres en el rango de 25 a 29 años no adherentes.
			Educación en sala de espera y consulta externa sobre la importancia del tamizaje oportuno.
			Análisis de la población real intervenible, teniendo en cuenta la limitación contractual con ASMET SALUD EPS.
3	Disminución en la aplicación de biológicos en la población objeto	Seguimiento periódico a coberturas de vacunación y cumplimiento de metas del PAI	Revisión mensual de los reportes de vacunación, identificación de población pendiente por esquema y socialización de resultados con el equipo de salud para fortalecer las estrategias de vacunación.

2.2.7. CENTRO DE SALUD LA MONTAÑITA

2.2.7.1. Presentación

El proceso de atención en el **Centro de Salud de La Montañita y Unión Peneya** comprende el conjunto de actividades organizadas y coordinadas orientadas a brindar servicios de **primer nivel de atención**, los cuales incluyen acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las condiciones de salud de la población del municipio de La Montañita.

Este proceso inicia con la **recepción y registro del usuario**, continúa con la **valoración inicial y clasificación de la atención**, y posteriormente con la prestación de las consultas de valoración en las áreas de **medicina, enfermería, psicología, odontología y fisioterapia**, de acuerdo con las necesidades del usuario. Asimismo, contempla la realización de **procedimientos diagnósticos o terapéuticos** que contribuyan al adecuado manejo de la condición de salud del paciente.

El proceso finaliza con la **entrega de indicaciones médicas, el seguimiento correspondiente y/o la remisión a otros servicios especializados**, cuando la condición del usuario así lo requiera.

Durante todo el proceso se garantiza el cumplimiento de los **protocolos clínicos, las normas de bioseguridad, la confidencialidad de la información y los estándares de calidad en la atención**, con el propósito de salvaguardar la seguridad y el bienestar del paciente, en concordancia con los lineamientos institucionales.

El proceso de atención en el centro de salud es fundamental para asegurar el acceso oportuno y eficiente a los servicios de salud de la comunidad. Su adecuada implementación permite mejorar la calidad de vida de los usuarios, prevenir enfermedades, detectar problemas de salud de manera temprana y ofrecer tratamientos adecuados.

Además, contribuye al fortalecimiento del sistema de salud, optimiza el uso de recursos humanos y materiales, y garantiza el cumplimiento de las políticas y normativas establecidas por las autoridades sanitarias.

Objetivo general. Brindar atención integral, humanizada, oportuna y con estándares de calidad a la población del municipio de La Montañita, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y seguimiento de las condiciones de salud.

Objetivos específicos

- Garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud para toda la población del municipio de la Montañita.
- Promover actividades de **prevención y promoción de la salud**.
- Realizar diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados según los lineamientos, guías y protocolos clínicos.
- Mejorar continuamente la calidad de la atención y la seguridad del paciente.
- Fortalecer la coordinación entre los diferentes servicios del centro de salud.
- Fomentar la educación en salud para la comunidad.

2.2.7.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

A continuación, se relaciona el porcentaje de cumplimiento de los **indicadores de calidad en Salud de acuerdo a la resolución 0256 del 2016**, emitida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social.

Tabla. Indicadores de Calidad en Salud – Resultados por Trimestre

Indicador de Calidad en Salud	I Trim. (%)	II Trim. (%)	III Trim. (%)	IV Trim. (%)	Unidad de Medida
Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	43	49	27	68	%
Proporción de gestantes con valoración por odontología	94	98	99	100	%
Proporción de personas con Hipertensión Arterial con medición de LDL	57	57	57	56	%
Proporción de personas con Diabetes Mellitus con medición de LDL	55	51	49	53	%
Proporción de personas con Hipertensión Arterial estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC)	8	27	17	12	%
Proporción de personas con Diabetes Mellitus estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC)	10	24	15	14	%
Proporción de mujeres entre 25 y 29 años con toma de citología en el último año	30	12	33	17	%
Tiempo promedio de espera para asignación de cita de medicina general	190	177	114	37	Días
Tiempo promedio de espera para asignación de cita de odontología general	125	76	50	16	Días

Tabla. Criterios de Evaluación de los Indicadores

Clasificación del Resultado	Indicadores de Proporción (%)	Medicina General	Odontología
Sobresaliente	> 90%	< 3 días	< 2 días
Aceptable	85 – 89%	3 – 4 días	2 – 3 días
No Cumplida	< 85%	> 4 días	> 3 días

Análisis. Durante el período evaluado, los indicadores de calidad en salud muestran avances importantes en algunos procesos y retos en otros aspectos de la atención. Se destaca el cumplimiento sobresaliente del indicador de valoración odontológica en gestantes, con resultados entre el 94% y el 100%, lo que evidencia una adecuada articulación de los servicios de atención materna.

Por otro lado, el indicador de captación temprana de gestantes antes de las 12 semanas de gestación presenta resultados por debajo de la meta establecida, lo que refleja la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción, prevención y búsqueda activa en la comunidad.

En relación con los pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes, los indicadores de medición de LDL y tamizaje para enfermedad renal crónica se mantienen por debajo de las metas, evidenciando la importancia de reforzar el seguimiento clínico y el cumplimiento de los protocolos de atención.

Respecto a la toma de citología en mujeres entre 25 y 29 años, se observa baja cobertura durante el año, por lo que se requiere fortalecer las acciones de demanda inducida y educación en salud.

Finalmente, los tiempos de espera para la asignación de citas en medicina general y odontología presentan una reducción significativa a lo largo del año, reflejando mejoras en la gestión del acceso oportuno a los servicios de salud.

2.2.7.3. Logros del proceso

Logros en la Prestación de Servicios de Salud

- Fortalecimiento de la atención materna**, logrando altos niveles de cobertura en la valoración odontológica de gestantes durante el control prenatal.
- Mejoramiento en el acceso a los servicios de salud**, evidenciado en la reducción progresiva de los tiempos de espera para la asignación de citas en medicina general y odontología.

3. **Fortalecimiento del seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas**, mediante el control y monitoreo de usuarios con hipertensión arterial y diabetes mellitus.
4. **Desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad**, dirigidas a la comunidad para fomentar estilos de vida saludables y la detección temprana de enfermedades.
5. **Realización de jornadas de captación y atención a población prioritaria**, especialmente gestantes, adultos mayores y pacientes con enfermedades crónicas.
6. **Fortalecimiento de las acciones de detección temprana**, incluyendo actividades de tamizaje y control preventivo en la población usuaria.
7. **Mejoramiento de los procesos administrativos y de atención**, orientados a optimizar la organización de los servicios y la atención a los usuarios.
8. **Trabajo articulado entre los diferentes servicios del centro de salud y entidades externas**, permitiendo una atención integral y oportuna a la población.
9. **Compromiso del talento humano en salud**, garantizando la continuidad en la prestación de los servicios a pesar de las dificultades presentadas en la contratación de personal médico.
10. **Fortalecimiento de la atención primaria en salud**, mediante acciones dirigidas a la prevención, educación y promoción de la salud en la comunidad.

2.2.7.4. Metas o indicadores

Análisis de Resultados de los Indicadores de Calidad en Salud

Durante el período evaluado se evidencia un comportamiento variable en los indicadores de calidad en salud, observándose avances significativos en algunos procesos y oportunidades de mejora en otros.

En relación con la proporción de gestantes con valoración por odontología, se evidencia un desempeño sobresaliente durante todo el año, con resultados que oscilan entre el 94% y el 100%, alcanzando y superando la meta establecida. Esto refleja una adecuada articulación entre los servicios de control prenatal y salud oral.

Por otra parte, el indicador de consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación presenta un comportamiento fluctuante, con porcentajes entre el 27% y el 68%, ubicándose por debajo de la meta institucional. Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de captación temprana de gestantes y las acciones de promoción y prevención en la comunidad.

Respecto a los indicadores relacionados con seguimiento clínico de pacientes con enfermedades crónicas (Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus), específicamente la medición de LDL, los resultados se mantienen relativamente estables durante los cuatro trimestres, con valores entre el 49% y el 57%. No obstante, estos porcentajes se encuentran por debajo de la meta establecida, lo que indica la necesidad de reforzar las actividades de control y monitoreo de estos pacientes dentro de los programas de riesgo cardiovascular.

De igual manera, los indicadores asociados al tamizaje para Enfermedad Renal Crónica (ERC) en pacientes con hipertensión y diabetes presentan porcentajes bajos, con valores entre el 8% y el 27%, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de detección temprana y el cumplimiento de los protocolos clínicos establecidos.

En cuanto al indicador de toma de citología en mujeres entre 25 y 29 años, se observa un comportamiento irregular durante el año, con valores entre el 12% y el 33%, lo cual refleja una baja cobertura en las actividades de detección temprana de cáncer de cuello uterino, por lo que se requiere intensificar las acciones de demanda inducida y promoción de estos servicios.

Finalmente, los indicadores relacionados con tiempos de espera para la asignación de citas muestran una tendencia de mejora progresiva a lo largo del año. En el caso de medicina general, se observa una reducción significativa del tiempo promedio de espera, pasando de 190 días en el primer trimestre a 37 días en el cuarto trimestre. De igual forma, en odontología general se evidencia una disminución de 125 días a 16 días en el mismo periodo, lo que refleja avances importantes en la optimización de los procesos de asignación de citas y acceso a los servicios.

Gran parte de esta situación se explica por la dificultad presentada durante el período para la vinculación de personal médico. A pesar de haberse implementado diversas estrategias orientadas a la contratación de profesionales, no fue posible contar oportunamente con el talento humano requerido, lo cual impactó el cumplimiento de algunos indicadores.

En términos generales, los resultados evidencian la necesidad de continuar fortaleciendo las acciones de promoción y prevención, el seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas y las estrategias de captación temprana de usuarios, con el fin de mejorar el cumplimiento de las metas establecidas en los indicadores de calidad en salud.

2.2.7.5. Retos y oportunidades de mejora

Desafíos enfrentados

- Dificultad en la **contratación de personal médico**, lo que afectó la cobertura y oportunidad de los servicios.
- Cobertura insuficiente en la **captación temprana de gestantes** y en la **detección de enfermedades crónicas** y cáncer de cuello uterino.
- Interrupciones intermitentes en el **servicio de energía eléctrica**, afectando equipos de laboratorio, odontología y sistemas de información en especial en el Centro de Salud de la Unión Peneya.
- **Altos tiempos de espera** en la asignación de citas al inicio del período, especialmente en medicina general.
- Población rural dispersa, el municipio cuenta con 113 veredas aproximadamente, la población es fluctuante y gran parte de los usuarios encuentra afiliada con EAPB en otros municipios.
- Vías con dificultades de acceso por condiciones geográficas.
- Siniestro por inundación en el centro de salud de la Montañita, en donde se dañaron varios equipos, refrigeradores, inmuebles, historias clínicas, esta situación generó la suspensión temporal de la prestación de servicios de salud.

Estrategias implementadas

- Implementación de **diversas acciones para la contratación de personal médico**, incluyendo convocatorias internas y externas.
- Fortalecimiento de la **promoción y educación en salud**, orientada a la captación temprana de gestantes y población de riesgo.
- Rediseño de **procesos de asignación de citas**, logrando una disminución significativa en los tiempos de espera.
- Actividades de **monitoreo y seguimiento clínico** a pacientes con hipertensión, diabetes y riesgo de enfermedad renal crónica.

- Coordinación interservicios para garantizar la **continuidad de la atención**, especialmente en odontología, laboratorio y atención primaria.

Propuestas de mejora para el próximo período

- Continuar con la **vinculación de personal médico y fortalecimiento del talento humano**, asegurando cobertura completa de los servicios.
- Implementar **estrategias de captación activa y seguimiento** para gestantes, pacientes con enfermedades crónicas y población prioritaria.
- Optimizar la **gestión de recursos y equipos**, incluyendo respaldo eléctrico y mantenimiento preventivo y compra de equipos críticos.
- Fortalecer los **programas de promoción y prevención de la salud**, con énfasis en educación comunitaria y detección temprana de enfermedades.
- Mantener el **monitoreo de los indicadores de calidad**, utilizando los resultados para planificar acciones correctivas oportunas.
- Fortalecer y mejorar la infraestructura de los Centros de Salud La Montañita y Unión Peneya.

2.3. GESTIÓN HOSPITALARIA

2.3.1. Presentación

Nombre del Proceso	Gestión Hospitalaria
Tipo:	Misional
Objetivo:	Ofrecer diagnóstico y tratamiento integral de la enfermedad a los pacientes, seguir su evolución y definir su alta en caso de mejoría o referencia cuando se supere la capacidad resolutoria de la institución, garantizando los mejores estándares de calidad y seguridad, con atención humanizada al usuario y su familia.
Responsable:	Médico General
Alcance:	Inicia con la orden médica de hospitalización del usuario y su traslado al servicio de hospitalización y termina con el alta de usuarios con tratamiento ambulatorio, la remisión o traslado a niveles de menor o mayor complejidad o el fallecimiento del usuario.

El Proceso de Gestión Hospitalaria da continuidad al manejo iniciado en GUO o GQ y ocasionalmente recibe pacientes de GCC para finalizar el manejo intrahospitalario antes de su egreso. Una vez ingresa al servicio es evaluado por el personal de salud para establecer si requiere algún cambio inmediato o continúa el manejo instaurado. Se hace seguimiento diario a su evolución hasta definir su egreso ya sea a casa, en PHD, o remisión en casos en que se supera la capacidad técnico-científica de la institución.

2.3.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

A través de los indicadores del proceso y los reportes generados en el aplicativo de eventos adversos se realiza seguimiento a las actividades que se desarrollan por parte del personal.

- **Médicos generales:** Consulta, evolución, diagnóstico y planeación del plan de tratamiento.
- **Enfermeros jefes:** Coordinan la ejecución del plan de tratamiento y el funcionamiento administrativo y asistencial de los servicios.
- **Auxiliares de enfermería:** Ejecución del plan de tratamiento con supervisión de los jefes de enfermería y atención humanizada de pacientes.
- **Terapeutas:** Apoyo terapéutico en terapia física y respiratoria en los diferentes servicios.
- **Auxiliares de traslado:** Trasladan los pacientes de un servicio a otro de acuerdo con las ordenes médicas.

Todas las actividades realizadas por el personal quedan consignadas en la Historia clínica sistematizada en la institución.

2.3.3. Logros del proceso

- Se incrementaron 30 camas hospitalarias en el servicio de expansión ubicándose en el segundo piso de la institución, evitando la ocupación de pasillos en el primer piso
- Asignación de médicos generales para cada servicio de hospitalización en la mañana para actividades de revista y tarde para ingresos y seguimiento de pacientes.
- Se incremento un médico general en la noche pasando de dos a tres en los servicios de hospitalización.
- Se incrementó el número de equipos de cómputo y actualización de algunos para garantizar los registros médicos oportunos.
- Se incremento el número de internos de 30 a 36 sin incurrir en gastos adicionales para la institución, agregando internos a nuevos servicios como psiquiatría y neurocirugía.

- Se mejoro el mobiliario (camas, camillas, atriles)
- Adecuación y mantenimiento en el servicio de internación II y pasillos del tercer piso
- Mejoras de seguridad en infraestructura de la unidad mental que han evitado fugas.

2.3.4. Metas o indicadores

Indicador	Año	Meses 2025											
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	2025	NA	NA	NA	NA	NA	NA	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	80,18
Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).	2025	94,4	93,7	95,8	96,8	95,0	95,4	93,7	93,8	94,5	95,3	96,8	95,3
Proporción de reingreso hospitalario por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años.	2025	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días.	2025	2,4	2,7	2,7	2,0	3,6	1,6	3,6	2,8	4,6	4,7	1,6	5,3

Para el año 2025 la primera causa de egreso hospitalario fue GASTROENTERITIS como patología prevalente. La adherencia al manejo medico de esta patología fue de 80.18%, alcanzando la meta nominal establecida de 80 %. Se aplicó lista de verificación con 13 ítems en 120 HC (de las cuales 7 fueron excluidas por salida voluntaria del paciente o por diagnóstico errado), los ítems de registro más bajo fueron los relacionados con el interrogatorio sobre signos de alarma (dolor abdominal, fiebre y convulsión) con un porcentaje de 57% de incumplimiento; y el ítem de interrogatorio sobre factores de riesgo (inmunosupresión y comorbilidades como DNT, diabetes o VIH) con un porcentaje de incumplimiento del 64%. También se encontró un incumplimiento de 84% en el ítem relacionado con el uso de antibiótico o antiparasitario, pero es probable que se trate de un error en la medición de la lista de chequeo al considerar no cumplimiento en casos de EDA viral que no requerían estos fármacos. Los demás ítem cumplidos demuestran una buena anamnesis adherida a las necesidades de la GPC. Se debe tener en cuenta lo variable de este indicador dado que cada año puede variar la primera causa de egreso. Se generará plan de mejora con revisión de estas adherencias con MD

generales, así como revisión de la lista de chequeo con el evaluador. También se evaluará la revisión trimestral del indicador para más celeridad en su análisis anual.

Se observa que los indicadores de reingreso tanto para menores de 5 años con IRA como en adultos son consistentemente positivos lo que demuestra una buena adherencia ambulatoria a manejos instaurados desde la hospitalización como reflejo de diagnósticos acertados, tratamiento adherido a GPC y adecuada educación al paciente y su familia.

2.3.5. Retos y oportunidades de mejora

- Retroalimentar continuamente a sistemas respecto a mejoras que redunden en la calidad del registro médico.
- Replanteamiento de las funciones del comité de Historias Clínicas basados en conceptos de forma (Dinámica Gerencial), fondo (calidad del registro) y resultados (indicadores de adherencia y disminución de glosas).
- Buscar estrategias para mejorar el giro cama en el servicio de medicina interna.
- Mejorar la continuidad del manejo medico de los pacientes en hospitalización (entrega de turno medico)
- Implementar una inducción por especialidad por parte de medico general a los internos en cada cambio de rotación (piloto con medicina interna y ginecobstetricia).
- Fortalecimiento del trato humanizado en el personal de salud.
- Incrementar el número de camas para hospitalización materna en el segundo piso continuo a la unidad ginecobstetricia.

2.4. GESTIÓN QUIRÚRGICA

2.4.1. Presentación

El área quirúrgica brinda cuidados oportunos y eficientes al paciente que será intervenido quirúrgicamente, desde que ingresa y se instala en el hospital, durante el proceso quirúrgico y después de la cirugía, procurando un ambiente en todo momento de protección hacia el paciente, llevando a cabo una serie de actividades y procedimientos que ayuden a reducir el riesgo de infección, dentro y fuera de la cirugía.

Su OBJETIVO:

Realizar la atención quirúrgica segura, oportuna y humanizada del paciente.

Desde su ingreso en el área de admisiones hasta la recuperación y alta, pasando por un sin número de actividades enfocadas a la mejora de la atención y la gestión eficiente en las tres fases: prequirúrgico (evaluación, firma de consentimiento, preparación), **quirúrgico** (intervención en los quirófanos) y **posquirúrgico** (estancia en recuperación y alta).

Gestión quirúrgica cuenta con 4 quirófanos dotados de la siguiente manera:

- MAQUINA DE ANESTESIA
- MESA QUIRURGICA
- ELECTRO BISTURI
- MESA DE MAYO PARA ENFERMERIA
- MESA DE MAYO PARA INSTRUMENTACION
- MESA RIÑON
- COMPRESERO
- COMPUTADOR
- SUCCIONADOR
- LAMPARA CIELITICA
- BOMBAS DE INFUSION

La institución cuenta con equipo biomédicos los cuales facilitan los diferentes procedimientos quirúrgicos los cuales son:

- ARCO EN C
- MICROSCOPIO
- ECOGRAFOS
- MESA DE TRACCION

De igual forma se cuenta con un personal idóneo, seguro, humanizado que permite la realización de todas las actividades del proceso desde la programación de las cirugías hasta el egreso del paciente, con calidez humana, brindando información clara y garantizando un entorno de asepsia estricta. **TODO** esto implica un trato cálido, respeto a la intimidad, identificación correcta del paciente, marcación quirúrgica y comunicación asertiva entre el equipo multidisciplinario para evitar riesgos.

El personal está distribuido de la siguiente manera:

PERSONAL		CANTIDAD
Auxiliares de enfermería	planta	29
	contrato	
Jefes de enfermería	planta	5
	contrato	
Instrumentadores	planta	10
	contrato	
Servicios generales	contrato	4
anestesiólogos	planta	7
	contrato	
Especialistas de cirugía general-Ortopedia-Ginecología- Maxilo - Oftalmología- Neurocirugía.		

2.4.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

Para la vigencia 2025 se realizaron las siguientes actividades:

Total, de cirugías al año: 12.236

La especialidad más relevante es: GINECOLOGIA seguida de ORTOPEDIA

CIRUGIAS 2025

MES	CX REALIZADAS
ENERO	1073
FEBRERO	1022
MARZO	1023
ABRIL	904
MAYO	1045
JUNIO	964
JULIO	1059
AGOSTO	931
SEPTIEMBRE	1108
OCTUBRE	1155
NOVIEMBRE	954
DICIEMBRE	998
TOTAL	12236

CIRUGIAS POR ESPECIALIDAD

CX GENERAL	2571
GINECOLOGIA	4151
LAPAROSCOPIA	247
ORTOPEDIA	3674
OFTALMOLOGIA	331
MAXILO	354
CX PLASTICA	244
MASTOLOGIA	122
NEURO	542
	12236

ACTIVIDAD	GRADO DE CUMPLIMIENTO 2025	IMPACTO	SOPORTES
REUNIONES DE AUTOCONTROL TRIMESTRAL	100%	FOMENTA LA CULTURA DE LA AUTO RESPONSABILIDAD.MEJORA LA EFICIENCIA OPERATIVA Y REDUCE RIESGOS EN LOS PROCESOS	ACTAS AÑO 2025 No. 1-2-3 Y 4 MODULO DARUMA- ACTAS DE AUTOCONTROL
ENVIO DE EVIDENCIAS DEL RIESGO GQ	100%	SOPORTES PARA TOMA DE DECISIONES QUE OPTIMISEN LOS CONTROLES	ACTAS No. 3-4-5 Y 8 MODULO DARUMA - ACTAS DE SOCIALIZACION
SOCIALIZACION DE DOCUMENTOS DEL PROCESO E INSTITUCIONALES	100%	FAVORECER LA CULTURA DE LA CALIDAD	ACTAS No. 6 Y 7, MODULO DE DARUMA- ACTAS DE SOCIALIZACION

2.4.3. Logros del proceso

- Durante la vigencia 2025 se logró el arreglo de los aires y parte de infraestructura de los quirófanos. (pintura).
- Se logró la actualización de algunos documentos asociados al proceso, asegurando su alineación con la normatividad vigente y fortaleciendo la estandarización de las actividades.
- Se participó en el proceso de recertificación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la Norma ISO 9001, 2005 mediante la presentación de evidencias durante auditorías internas y externas de ICONTEC.
- Se realizo con éxito la brigada de sonrisa en unión con la cámara de comercio de Florencia
- Se participo activamente en la jornada de lactancia materna y semana de la calidad, fortaleciendo el trabajo en equipo y el compromiso institucional.

2.4.4. Metas o indicadores

Proporción de Cancelación de Cirugía

143 PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA
REPORTES ESPECÍFICO DE INDICADOR
 2026-02-16, 14:11

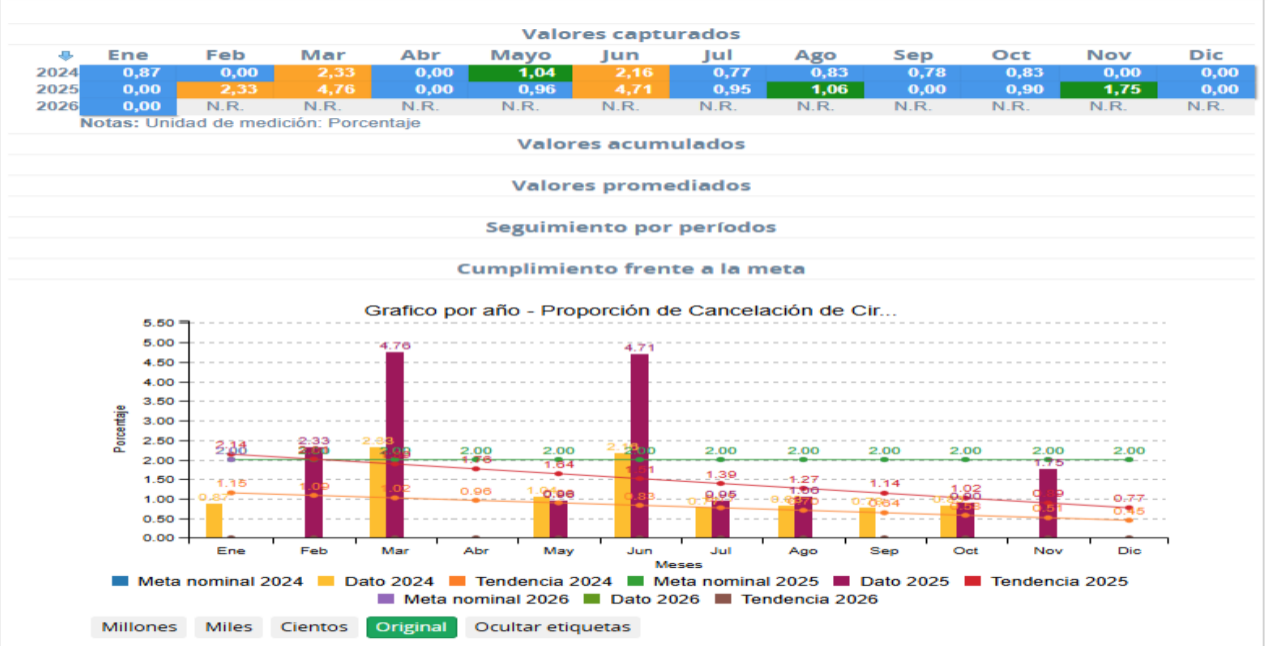


INFORMACIÓN BÁSICA

INFORMACIÓN DE CAPTURA

Es de tendencia positiva:	↓ No
Usa numerador y denominador:	✓ SI
Descripción del numerador:	Numero total de Cirugías Programadas que Fueron Canceladas por Causas Atribuibles a la Institución.
Descripción del denominador:	Numero Total de Cirugías Programadas en un periodo determinado.
Es de meta variable:	No
Meta nominal:	2,00 Porcentaje
Meta mínima:	1,00 Porcentaje
Meta máxima:	5,00 Porcentaje
Frecuencia de medición:	1 Mes(es)
Referencia de medición:	julio 05
Fórmula:	[NUM]/[DEN]*100

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Para la vigencia 2025 el indicador de proporción de cancelación de cirugías muestra un comportamiento mensual con leves variaciones, pero manteniéndose en el rango, respecto a la vigencia 2024 se presenta:

Una variación respecto al año anterior ya que en la vigencia 2024 (12 cirugías canceladas/1385 cirugías realizadas = 0.86%)

Vigencia 2025: (14 cirugías canceladas atribuible a la institución/963 cirugías realizadas programadas= 1.45%)

Al comparar las vigencias 2024 y 2025 se observa una brecha de 0.59 en la proporción de cancelación de cirugías atribuibles a la institución por causas como: (falta de insumos como los lentes, materiales de osteosíntesis que no llegan, pacientes de un especialista y se programa con otro, pacientes mal programados sin los insumos que la cirugía requiere), por lo cual se tomaron las siguientes medidas:

- Cambio de la auxiliar de programación de cirugía.
- No programar pacientes si los materiales no están.
- Enviar a almacén la solicitud de los lentes con un buen tiempo de trámite de insumos.
- De igual forma pacientes de ortopedia no programar hasta que el material de osteosíntesis se encuentre estéril.

A pesar de tomar estas medidas correctivas, se observó que disminuyó la capacidad operativa (menos cirugías realizadas), hubo factores externos que comprometieron la planificación (se acabaron contratos con forma y ASMET SALUD contrato PGP con otra institución).

Tiempo Promedio de Espera para Realización de cirugías de catarata

142 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS DE CATARATA
 REPORTE ESPECÍFICO DE INDICADOR
 2026-02-16, 14:42



INFORMACIÓN BÁSICA

INFORMACIÓN DE CAPTURA

Es de tendencia positiva: No

Usa numerador y denominador: si

Descripción del numerador: sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de programación de la cirugía de cataratas y la fecha de realización

Descripción del denominador: número total de cirugías de cataratas realizadas en un periodo determinado

Es de meta variable: No

Meta nominal: 30,00 días

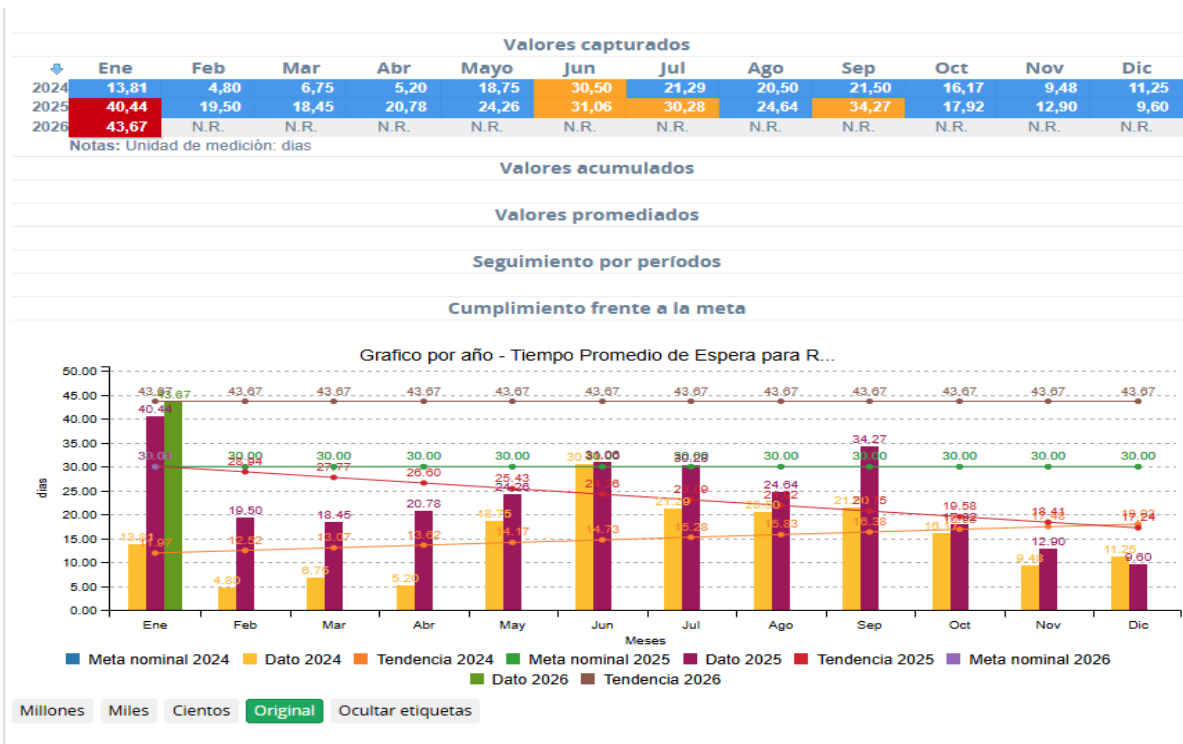
Meta mínima: 25,00 días

Meta máxima: 35,00 días

Frecuencia de medición: 1 Mes(es)

Referencia de medición: julio 05

Fórmula: [NUM]/[DEN]



Para la vigencia 2025 el indicador de tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de catarata muestra un cumplimiento y a la vez algunas dificultades como se detalla a continuación:

- variación de la meta nominal en el mes de enero debido a la dificultad de conseguir un lente especial que ya no se fabrica.
- En el mes de junio por mala programación de los pacientes ya que los lentes no habían llegado.
- En julio y septiembre esta variación de la meta se presentó porque los especialistas dan fechas limitantes al hospital, Dr. Monje da fechas los primeros 10 días de cada mes y el Dr. Chicangana los últimos días de cada mes, lo que con lleva que algunos pacientes se programan a los 30 o más días.
- Por último se observa una disminución de la programación de pacientes debido a la disminución en autorizaciones de las EPS con el hospital.

2.4.5. Retos y oportunidades de mejora

- Ajustar la oferta de recursos en cuanto a personal: falta de un jefe para el área de recuperación para las jornadas de las mañanas y un anestesiólogo en recuperación.
- Ajustar la demanda en recursos de equipos: dotación del quinto quirófano.
- Realizar contratación en las especialidades para mejorar el ingreso de cirugías programadas. (otorrino-urología-cirugía plástica)
- Cambiar el área de lavado de manos con equipos de lavado de manos con sensores.
- Realizar capacitaciones de enfermería curso de circulante en el bloque quirúrgico.



- Implementar tableros informativos digitales para brindar la información a los usuarios acerca del proceso quirúrgico de su familiar (nombre del usuario- se encuentra en sala- se encuentra en recuperación)
- Mejorar el sitio del almacenamiento de las muestras patológicas.

- Modernizar el área del Vestier en cuanto a los lockers.

2.5. GESTIÓN DEL CUIDADO CRÍTICO

2.5.1. Presentación

Tipo: Misional

Responsable: Coordinador UCI adulto

Objetivo: Brindar un cuidado de alta complejidad seguro y eficiente, que establezca, mantenga y mejore el estado de salud del paciente crítico

Alcance: Inicia con la Admisión del paciente a la unidad de cuidados intensivos neonatal o adultos y termina con el egreso del paciente

Recursos: Talento humano calificado, sistemas de cómputo, equipos biomédicos, dispositivos médicos

Gestión cuidado critico cuenta con 21 cubículos dotados de la siguiente manera:

- TORRE DE CORRIENTE
- CAMA HOSPITALARIA
- MESA PUENTE
- GABETERO DE 4 NIVELES
- MONITOR DE SIGNOS VITALES
- VENTILADOR
- FONENDOSCOPIO
- SUCCIONADOR
- BOMBAS DE INFUSION
- ATRILES
- SILLA RIMAX
- FLUJOMETRO
- MANOMETRO

Adicionalmente la unidad cuenta con equipos biomédicos que facilitan el actuar del personal y ayuda a mejorar la oportunidad en el diagnóstico: 1 ecógrafo, 1 electrocardiograma, 1 monitor fetal, 2 carros de paros, 1 desfibrilador, 1 videolaringo, 1 laringoscopio.

El personal está distribuido de la siguiente manera:

PERSONAL		CANTIDAD
Auxiliares de enfermería	planta	32

PERSONAL		CANTIDAD
	contrato	
Jefes de enfermería	planta	12
	contrato	
Fisioterapeutas	planta	9
	contrato	
Servicios generales	contrato	4
Médicos generales	planta	8
	contrato	
Especialistas de cuidado intensivo y medicina interna.		

2.5.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

- **Riesgos:** Posibilidad de generar eventos adversos (úlceras por presión, caídas, extubación no programada, eventos embólicos) atribuibles a personas de los servicios de cuidados críticos lo que podría generar eventos o incidentes en los pacientes. Se realiza soporte trimestral.
- **Gestión de eventos adversos:** Se recibe, informa y se realiza socialización de eventos adversos.
- **Reuniones de autocontrol:** Realizadas en febrero y julio del año 2025.
- **Creación de protocolos:** Elaboración de 7 protocolos por parte de terapia respiratoria.

ACTIVIDAD	GRADO DE CUMPLIMIENTO 2025	IMPACTO	SOPORTES
REUNIONES DE AUTOCONTROL TRIMESTRAL	50%	MEJORAR COMUNICACIÓN ASERTIVA, TRABAJO EN EQUIPO Y CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES	ACTAS AÑO 2025 No. 60 Y 70 MODULO DARUMA- ACTAS DE AUTOCONTROL
ENVIO DE EVIDENCIAS DEL RIESGO GQ	75%	SOPORTES PARA TOMA DE DECISIONES QUE OPTIMISEN LOS CONTROLES	ACTAS No. 58-64 Y 71 MODULO DARUMA - ACTAS DE RIESGO
SOCIALIZACION DE DOCUMENTOS DEL PROCESO INSTITUCIONALES	100%	FAVORECER LA CULTURA DE LA CALIDAD	ACTAS No. 61 – 62 – 63 – 66 -Y 72 MODULO DE DARUMA- ACTAS DE SOCIALIZACION

2.5.3. Logros del proceso

Logros de la UCI Adultos:

Durante la vigencia 2025 se obtuvieron los siguientes logros

- % ocupación (Enero-octubre 2025) 87.59%
- Promedios de estancia 5.15 días
- Giro/cama 4.40 días

HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E.S.E													
RESUMEN MENSUAL DE DATOS ESTADISTICOS UCI ADULTOS													
AÑO: 2025													
Item	MES ENERO	MES FEBRERO	MES MARZO	MES ABRIL	MES MAYO	MES JUNIO	MES JULIO	MES AGOSTO	MES SEPTIEMBRE	MES OCTUBRE	MES NOVIEMBRE	MES DICIEMBRE	TOTAL
% Ocupacional	87,10	93,03	80,18	77,94	81,56	86,03	95,85	97,39	84,44	96,53	0,00	0,00	87,59
Dias de Estancia	508	576	450	456	432	491	450	576	420	408	0	0	4767
Dias Camas Disponibles	651	588	651	630	640	630	651	651	630	346	0	0	6068
Dias Camas Utilizadas	567	547	522	491	522	542	624	634	532	334	0	0	5315
Promedio de Estancia	5,52	4,76	4,55	4,22	4,60	4,72	5,56	6,55	4,88	7,85	0	0	5,15
Giro Cama	4,38	5,76	4,71	5,14	4,48	4,95	3,86	4,19	4,10	4,33	0,00	0,00	4,40
Camas Disponibles	21	21	21	21	21	21	21	21	21	12	0	0	21
Egresos	92	121	99	108	94	104	81	88	86	52	0	0	925

- **Plan de capacitación anual:** Mejorando el talento humano de la UCI adultos (2025) se programó 1 capacitación mensual de contenido transversal.
- Remodelación y ajuste de gases medicinales, remodelación en infraestructura (entre los meses de octubre a diciembre 2025)
- Durante el año 2025 el indicador de donación de órganos tuvo una evolución favorable, evidenciándose un aumento en la identificación de pacientes neurocríticos que paso de 30 casos en el primer semestre a 35 casos en el segundo semestre; lo que reflejo mayor capacidad de detección y activación de la ruta institucional. Los índices de la UCI adultos sugieren una mejoría real en la gestión de la donación, no solo por el mayor

reconocimiento de potenciales donantes, sino que, además, se logró la extracción exitosa (7 de octubre de 2025), hecho que constituye un hito institucional y confirma avance en la consolidación del proceso.

- Se tuvo participación en el proceso de recertificación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la Norma ISO 9001, 2005 mediante la presentación de evidencias durante auditorías internas y externas de ICONTEC.

Logros UCI Neonatal

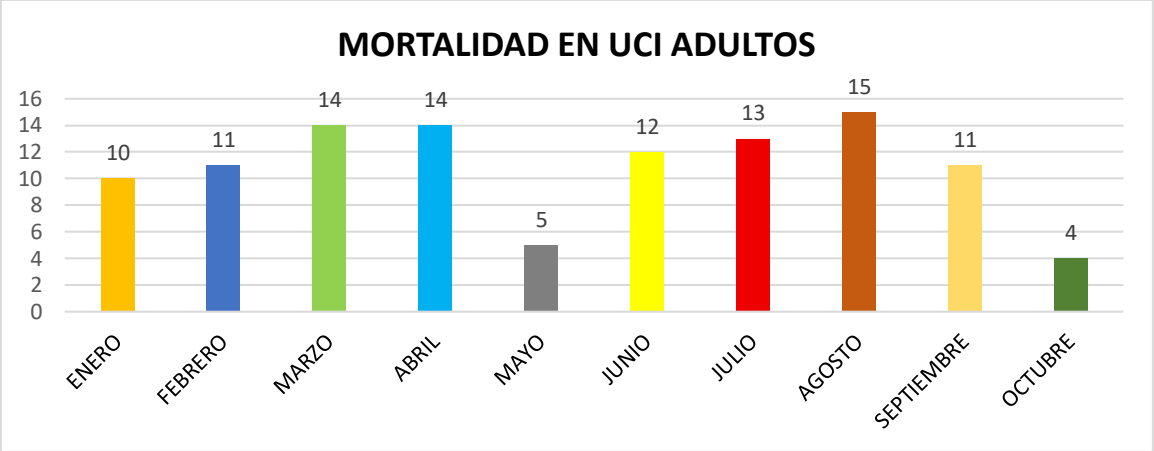
- Se ha logrado una gran aceptación por parte de los familiares encuestados llegando a una satisfacción superior al 99%.
- Se realizarán talleres de sensibilidad de labio y mucosa oral, la que ya se ha venido haciendo, llegando a una mejoría del 99%, Se logró control y eliminación de este de la matriz de riesgo en la caracterización del proceso.
- Es el mejor servicio en adherencia a protocolos de seguridad del paciente por 4 años consecutivo.
- Mantenemos un índice de glosas medicas mínimos.
- Indicadores de gestión por debajo de los valores establecidos. Mortalidad (0.89%), hemorragia intraventricular (0.09%), enterocolitis 1.09%.
- Se logra una ganancia neta por encima de 1000 millones de pesos al año, vigencia 2025.

2.5.4. Metas o indicadores

- **Extubación no programada:** Los meses de mayor registro de casos fue en febrero (11 casos), marzo (9 casos) y septiembre (9 casos)



- Mortalidad UCI adultos:** Durante el 2025 los meses de mayor registro fue julio (16 casos) y agosto (17 casos), sin embargo, los datos no superan la meta nominal (35%)



- Mortalidad en trauma craneoencefálico:** En el mes de mayo se presentó un caso que supera la meta nominal (10%)
- Tasa de remisiones UCI adultos:** Aunque las cifras están por debajo de la tasa nominal, los meses de mayor tasa de remisiones fueron Enero (22 casos), Febrero (25 casos) y junio (22 casos). En algunas ocasiones por falta de insumos y por especialidades como hematología, Hemodinamia, infectología, en total durante el periodo 2025 de enero a octubre hubo 169 usuario remitidos.

- **Incidencia de Hemorragia intraventricular y retinopatía en el paciente neonatal (1 caso, 0.09%):** Al ver las incidencias de las complicaciones que se presentan en los neonatos, sigue estando muy por debajo de la estadística en la literatura médica.
- **Tasa de Mortalidad UCIN (7 pacientes, 0.89%):** Mantenemos unos indicadores de mortalidad extremadamente bajos, asociados a causas no tratables (malformaciones congénitas).
- **Incidencia de Enterocolitis en el paciente neonatal (6 pacientes, 0.8%):** El diagnóstico de enterocolitis se realiza de manera temprana, logrando un tratamiento médico satisfactoria en la mayor de los casos sin necesidad de remisión para cirugía.
- **Tasa de remisiones del paciente neonatal (7 pacientes, 0.89%):** El índice de remisión de paciente sigue siendo bajo, cuya causa principal es el no contar con la especialidad de forma institucional.

2.5.5. Retos y oportunidades de mejora

- Personal entrenado en UCI adultos (Realizar diplomado en UCI para todo el personal).
- Contar con dispositivos requeridos para el monitoreo avanzado del paciente crítico: Línea arterial, Marcapaso transvenoso, medición de presión intracraneana y catéter central de inserción periférica (PICC).
- Optimizar el programa de terapia de reemplazo renal.
- Implementar el programa "cero" bacteriemias Hospital Departamental María Inmaculada.
- Entrenar profesionales de enfermería en el paso de catéter central de inserción periférica guiado por ecografía.
- Seguir trabajando en lograr una comunicación asertiva hacia el grupo de trabajo y con los familiares de los pacientes.
- Fortalecer en adaptación neonatal.
- Remodelación y mejoras en la infraestructura de la UCIN.

2.6. LABORATORIO CLÍNICO

2.6.1. Presentación

El proceso de Laboratorio Clínico constituye un eje fundamental dentro de la prestación de servicios de salud, al apoyar de manera diagnóstica, preventiva y de seguimiento clínico la toma de decisiones médicas oportunas. Durante la vigencia 2025, el laboratorio orientó sus actividades a garantizar resultados confiables, oportunos y con altos estándares de calidad, contribuyendo a la seguridad del paciente y al fortalecimiento institucional.

Objetivo principal

Apoyar al diagnóstico, a la prevención, tratamiento y seguimiento de las enfermedades, emitiendo resultados confiables y oportunos con estándares de calidad, contribuyendo en el control epidemiológico y en la salud pública del departamento de Caquetá.

Los principales objetivos del proceso durante el año 2025 fueron:

- Garantizar la calidad y confiabilidad de los resultados emitidos.
- Optimizar los tiempos de respuesta, especialmente en el área de urgencias.
- Fortalecer los controles internos y el cumplimiento de protocolos técnicos.
- Mejorar la trazabilidad y el registro de la información clínica.
- Promover la actualización técnica y científica del talento humano.

El laboratorio mantuvo su compromiso con el cumplimiento de la normatividad vigente y con la mejora continua de sus procedimientos.

Alcance

El proceso de Laboratorio Clínico inicia con la generación de la solicitud médica y finaliza con la entrega de resultados, garantizando la correcta identificación del paciente, la toma adecuada de muestras, su procesamiento, validación técnica y reporte oportuno.

2.6.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

Durante la vigencia 2025, las actividades ejecutadas por las áreas que integran el proceso fueron las siguientes:

Área de Toma de Muestras

- Atención continua a usuarios hospitalizados y de urgencias.
- Socialización de manual de toma de muestras LC-M-02 que permiten afianzar conocimientos y brinden mayor seguridad al paciente.

Área de Procesamiento y Análisis

- Procesamiento de exámenes clínicos de rutina y especializados.
- Controles internos diarios de calidad.

- Participación en programas de control externo de calidad.
- Grado de cumplimiento: 100%.
- Impacto: Disminución de reprocesos y aumento en la confiabilidad diagnóstica.

Área Administrativa y de Gestión

- Consolidación de estadísticas mensuales.
- Seguimiento a indicadores de oportunidad y productividad.
- Gestión de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos.
- Grado de cumplimiento: 95%.
- Impacto: Mejora en la planeación operativa y reducción de tiempos de inactividad por fallas técnicas.

2.6.3. Logros del proceso

Durante el año 2025 se destacan los siguientes logros:

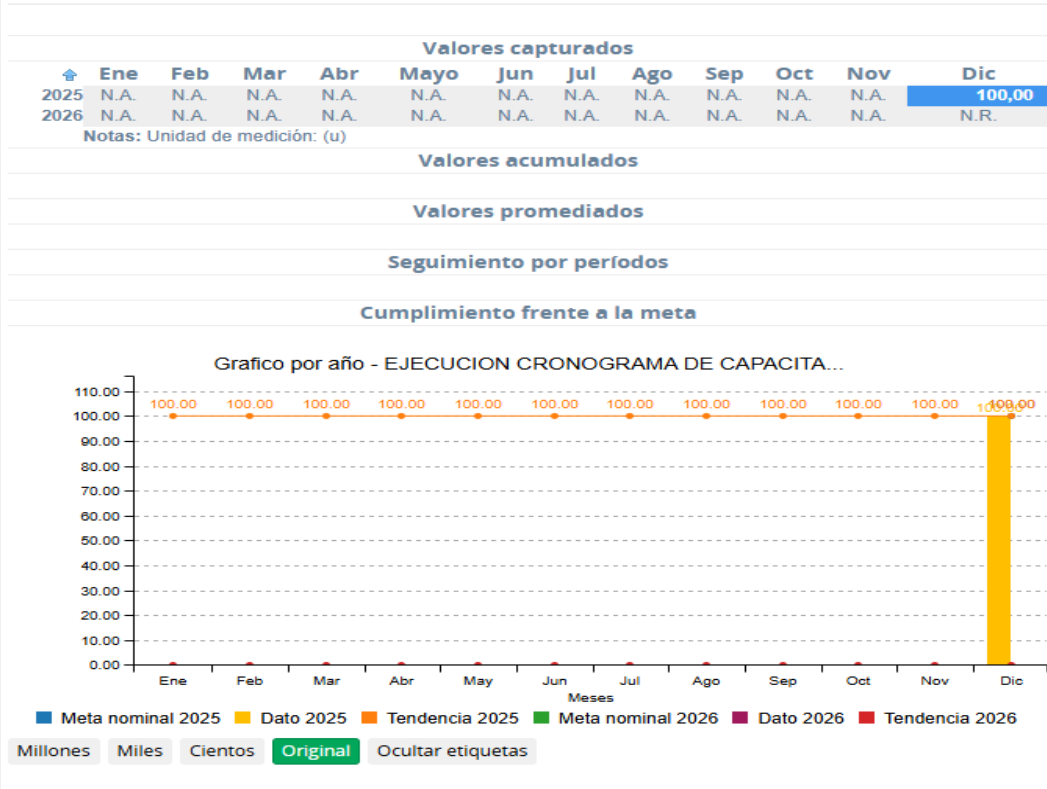
- Ser el único laboratorio a nivel departamental que tiene implementada el área de tamizaje neonatal básico bajo la resolución 1980 del 2019.
- Continuar con la certificación ISO 9001:2015
- Contar con controles de calidad o pruebas de eficiencia certificados bajo la ISO 17043:2010, comparándonos con grupos pares de nivel internacional, lo que afianza y garantiza la calidad, reproducibilidad, y veracidad de los resultados emitidos por la institución.
- capacitación en Fase preanalítica de toma de muestra en los diferentes servicios de la institución.
- Ser el único laboratorio clínico a nivel departamental que presta el diagnóstico molecular de tuberculosis bajo la resolución 227 de 2020.
- Capacitación continua del personal en nuevas metodologías diagnósticas.

Estos avances permitieron mejorar la eficiencia operativa y aumentar la satisfacción de los usuarios internos y externos.

2.6.4. Metas o indicadores

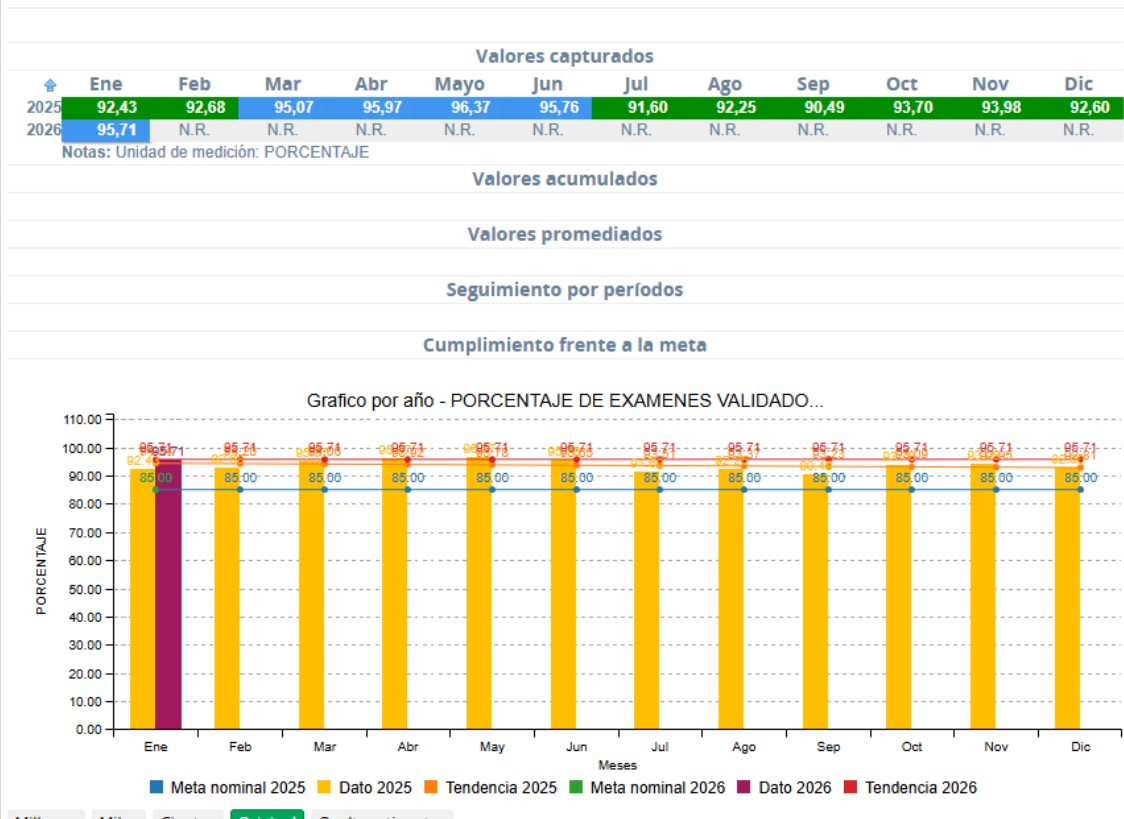
Ejecución cronograma de capacitaciones	
Cumplimiento del Indicador	100%
Medición	Porcentaje/ anual
Meta del indicador	100%
Análisis	Periodicidad anual, se realiza en base a las capacitaciones que se realizan durante el año frente al programa de reactivo vigilancia. Es de tendencia positiva y un cumplimiento del 100%.

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Porcentaje de exámenes validados oportunamente de la muestra definida	
Medición	Porcentaje /Mensual
Meta máxima del indicador	Meta máxima 95% Meta nominal 85% Meta mínima 75%
Importancia del indicador	El reporte de este indicador está relacionado con la oportunidad de los exámenes realizados en los servicios de hospitalización y urgencias con el fin de dar una respuesta más rápida frente a los exámenes que se consideran críticos durante la atención de los pacientes.
Análisis	Durante los últimos tres meses se observa que hay un cumplimiento por el encima de la meta nominal, registrándose en la última vez una mejora con un porcentaje del 95.71 % lo cual está inmerso con la disponibilidad de personal, reactivos e insumos y equipos biomédicos y con mantenimientos al día.

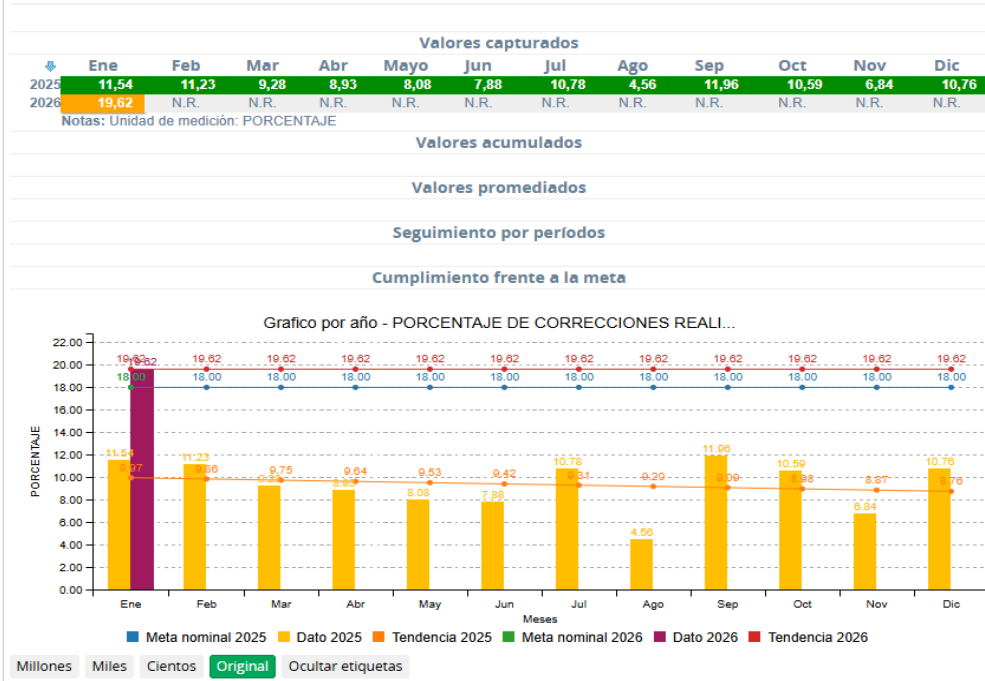
REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Porcentaje de correcciones realizadas al control de calidad	
Cumplimiento del Indicador	100%
Medición	Porcentaje / Mensual
Meta del indicador	18%
Importancia del indicador	Determinar el porcentaje de correcciones que se realizan al control de calidad interno dentro del proceso del laboratorio clínico con el fin de determinar si es necesario la intervención en equipos biomédicos y capacitación constante del personal para mejorar en cuanto la detección de las desviaciones del control de calidad. este indicador me ayuda con el control a uno de los riesgos del proceso del LC como lo es la no detección de desviaciones en el control de calidad. Está relacionado con toda la fase analítica del LC.

Porcentaje de correcciones realizadas al control de calidad	
Análisis	Dentro de las últimas mediciones se observa que hay un comportamiento adecuado, ya que se cumple con la meta nominal establecida esto obedece a que el personal a cargo de las diferentes áreas se viene capacitando esto es ofrecido por la casa comercial Annar.

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



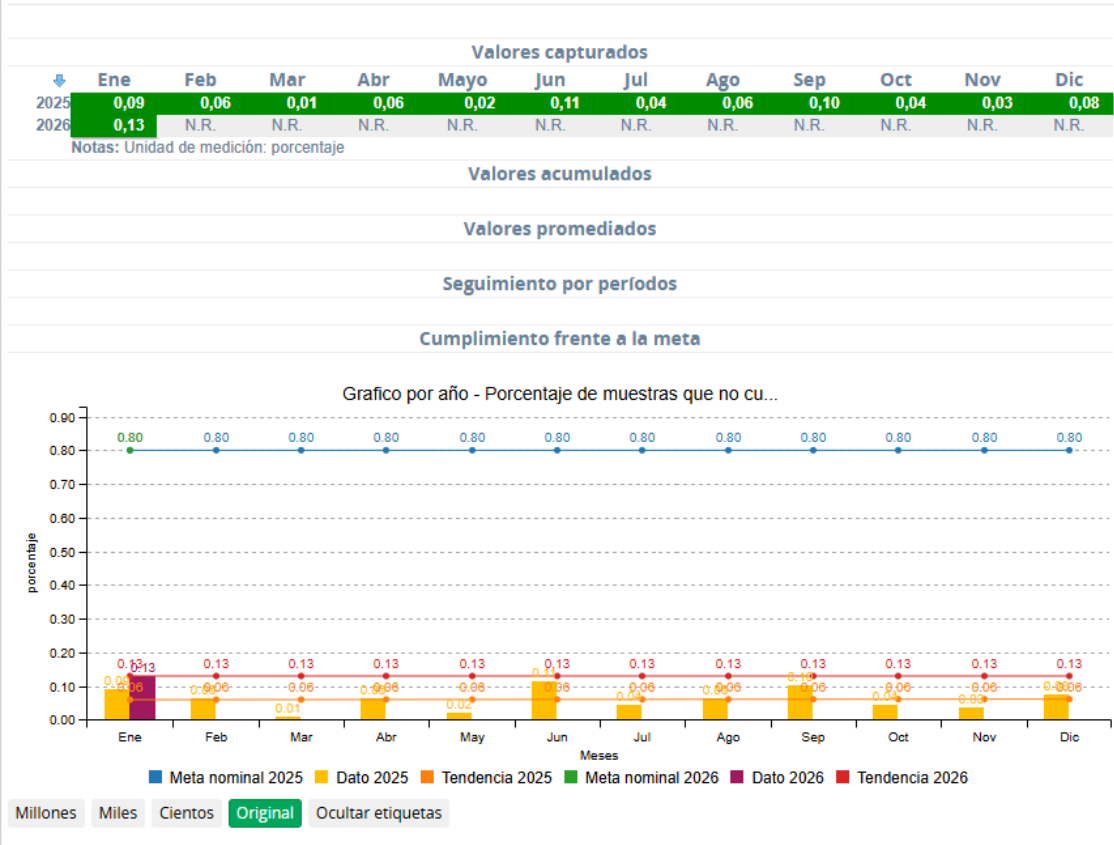
Porcentaje de muestras que no cumplen con los criterios de calidad	
Cumplimiento del Indicador	100%
Medición	Porcentaje / Mensual
Meta del indicador	0.80 %
Importancia del indicador	Este indicador se ve directamente relacionado con la calidad de las muestras donde se involucra, toma, transporte de las muestras cuando llegan al laboratorio clínico desde los diferentes servicios del hospital, relacionado con toda la fase preanalítica del LC. Está relacionado con uno de los principales riesgos del proceso que es el procesamiento de muestras que no cumplen con los criterios de calidad.

Porcentaje de muestras que no cumplen con los criterios de calidad

Análisis

Dentro de los últimos meses se observa que el indicador no presenta brecha. A pesar de que el indicador no presenta brecha se realizan acciones de capacitación para que haya una mejora en la calidad de la muestra.

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

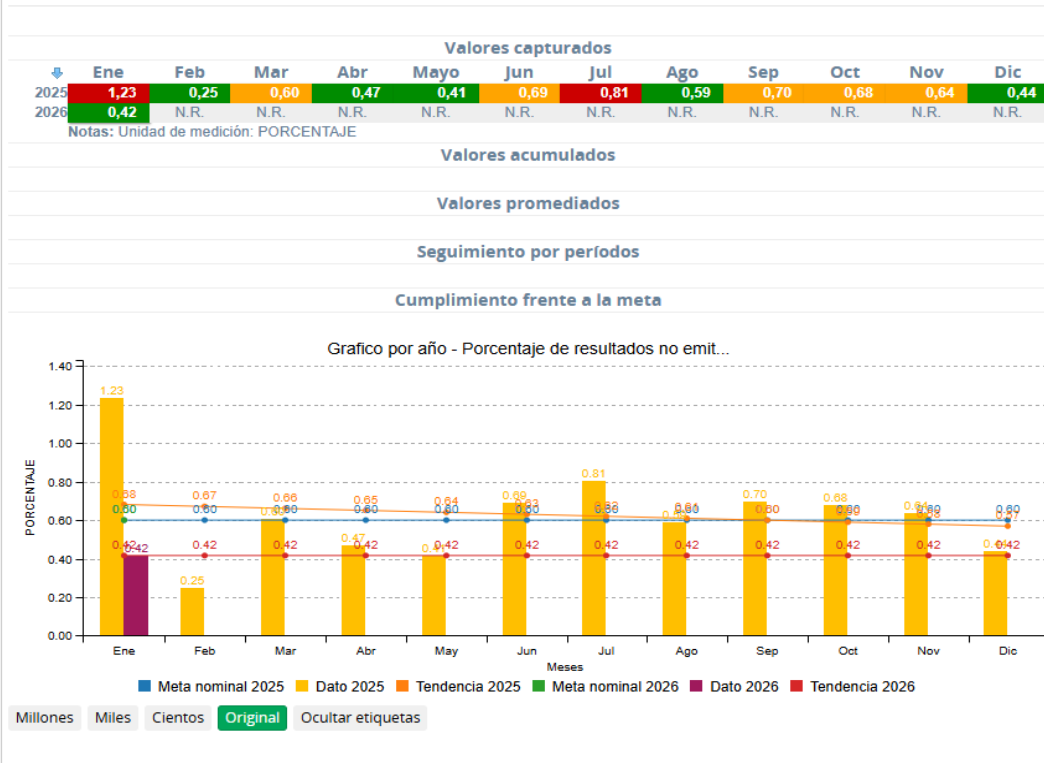


Porcentaje de resultados no emitidos en el software Annarlab

Cumplimiento del Indicador	100%
Medición	Porcentaje /mensual
Meta del indicador	0.60 %

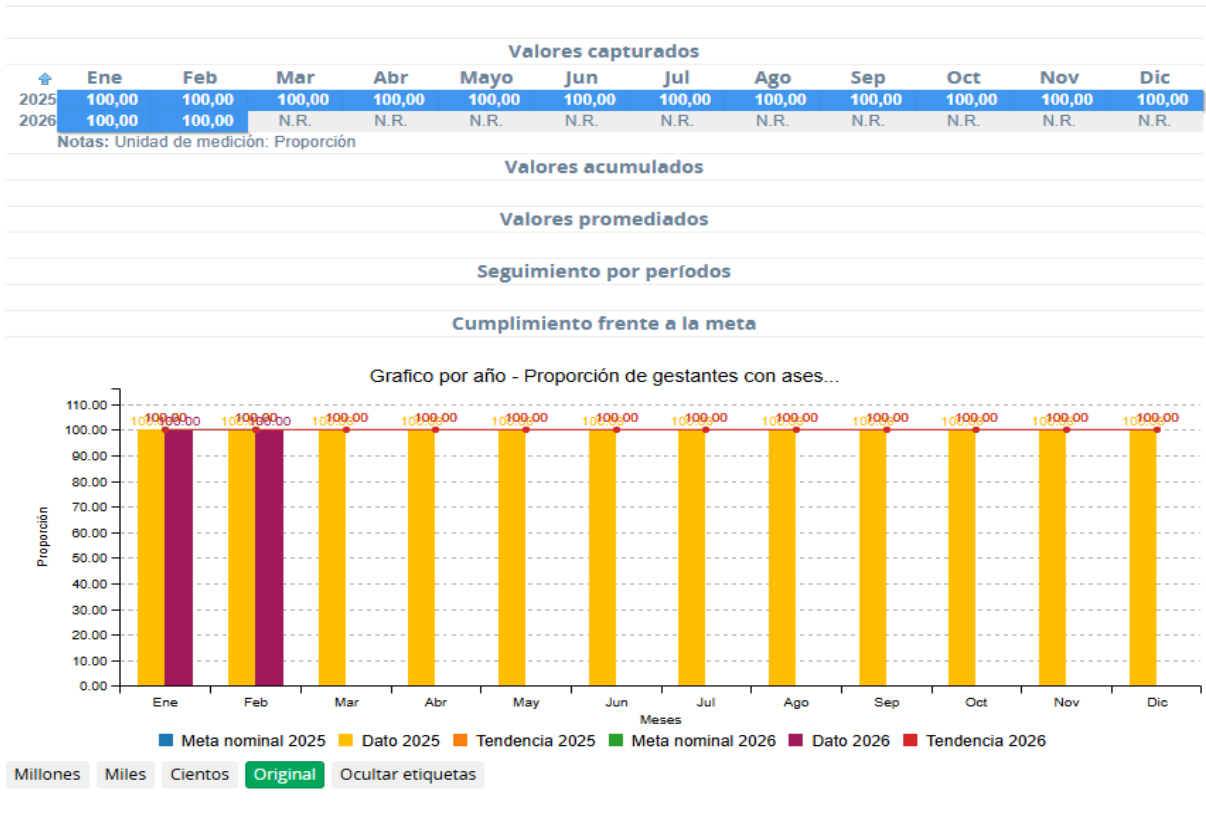
<p>Importancia del indicador</p>	<p>Este indicador se ve relacionado con los resultados no validados dentro del laboratorio que puede estar inmerso dentro de varios procesos como lo son la disponibilidad de reactivos e insumos para el procesamiento de muestras, un funcionamiento correcto del sistema del hospital toma de segundas muestras, exámenes realizados por las Terapeutas que no validan, llevando a estar involucrado dentro de la medición de dos de los riesgos dentro del laboratorio clínico.</p>
<p>Análisis</p>	<p>Dentro de los últimos meses se observa que debido a la falta de la actualización del sistema con el que se contaba dentro de la institución provocaba que se generara doble registro dentro del sistema quedando uno con el resultado validado y otro como no validados, por otro lado en el mes de octubre se realizó cambio del sistema de índigo a dinámica donde se evidencio que por parte de las terapeutas respiratorias daban ingreso a los gases y a exámenes desde el servicio de urgencias y uci adultos sin que llegase la muestra al laboratorio, quedando de esta forma exámenes sin resultado, de igual forma dentro de este mes se dio inicio a la adaptabilidad al nuevo software institucional.</p>

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



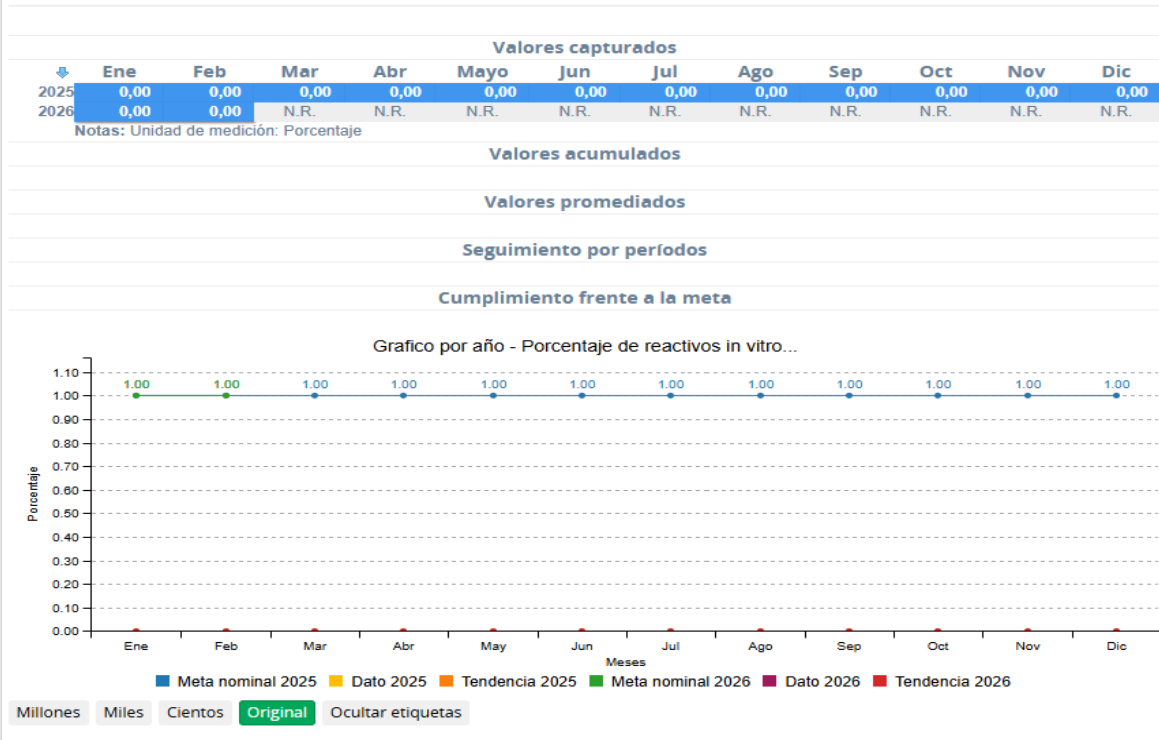
Proporción de gestantes con asesoría pre-test para prueba de Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	
Cumplimiento del Indicador	100%
Medición	Proporción /mensual
Meta del indicador	100
Importancia del indicador	Dentro de la guía de práctica clínica está relacionado la asesoría previa a la realización de la prueba de VIH para que la paciente tenga pleno conocimiento de la prueba que se le va realizar, con el fin de explicarle en que consiste y que hacer frente a los diferentes resultados que se puedan presentar. Este indicador es de obligatoriedad bajo la resolución 256 del 2016.
Análisis	Dentro del indicador se evidencia dentro del transcurso del año que se les ha realizado la asesoría pre- test de VIH a todas las gestantes evidenciado a través del recepcionamiento del consentimiento informado.

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Porcentaje de reactivos in vitro involucrados en alertas del INVIMA	
Cumplimiento del Indicador	100%
Medición	Porcentaje / Mensual
Meta del indicador	1%
Importancia del indicador	Garantizar que los reactivos in vitro utilizados en la E.S.E. hospital María Inmaculada son seguros y no presentan riesgos indeseables.
Análisis	Revisadas las alertas e informes de seguridad emitidas por el INVIMA no se registró ninguna para Reactivos de diagnóstico in vitro durante el último trimestre.

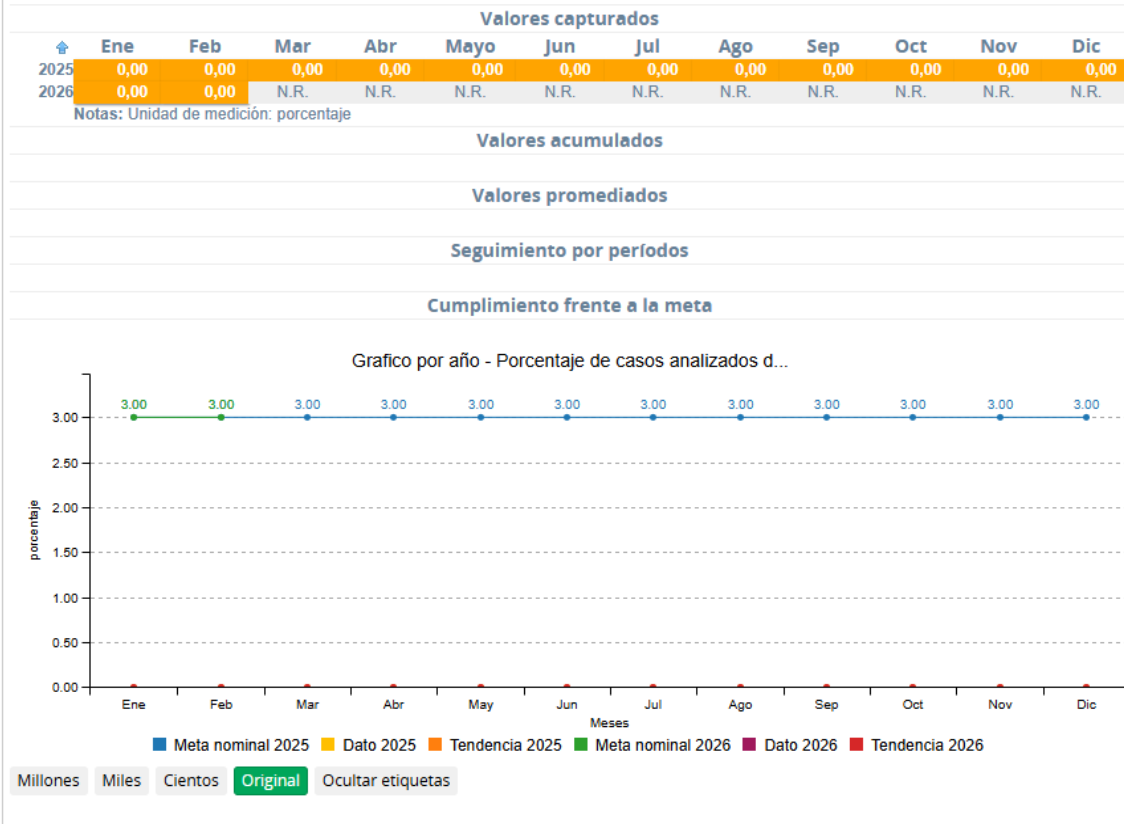
REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Porcentaje de casos analizados de Reactivos Involucrados en las alertas del INVIMA	
Cumplimiento del Indicador	100%
Medición	Porcentaje / Mensual
Meta del indicador	3%
Importancia del indicador	Realizar los análisis de manera oportuna para evitar que los reactivos in vitro en uso provoquen acciones inseguras.

Análisis	Dentro de los valores capturados durante el año hace referencia a que no se encontraron reactivos de diagnóstico in vitro utilizados en la Institución dentro de las alertas emitidas por el INVIMA. El indicador cumple con la meta establecida y no tiene brecha.
-----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

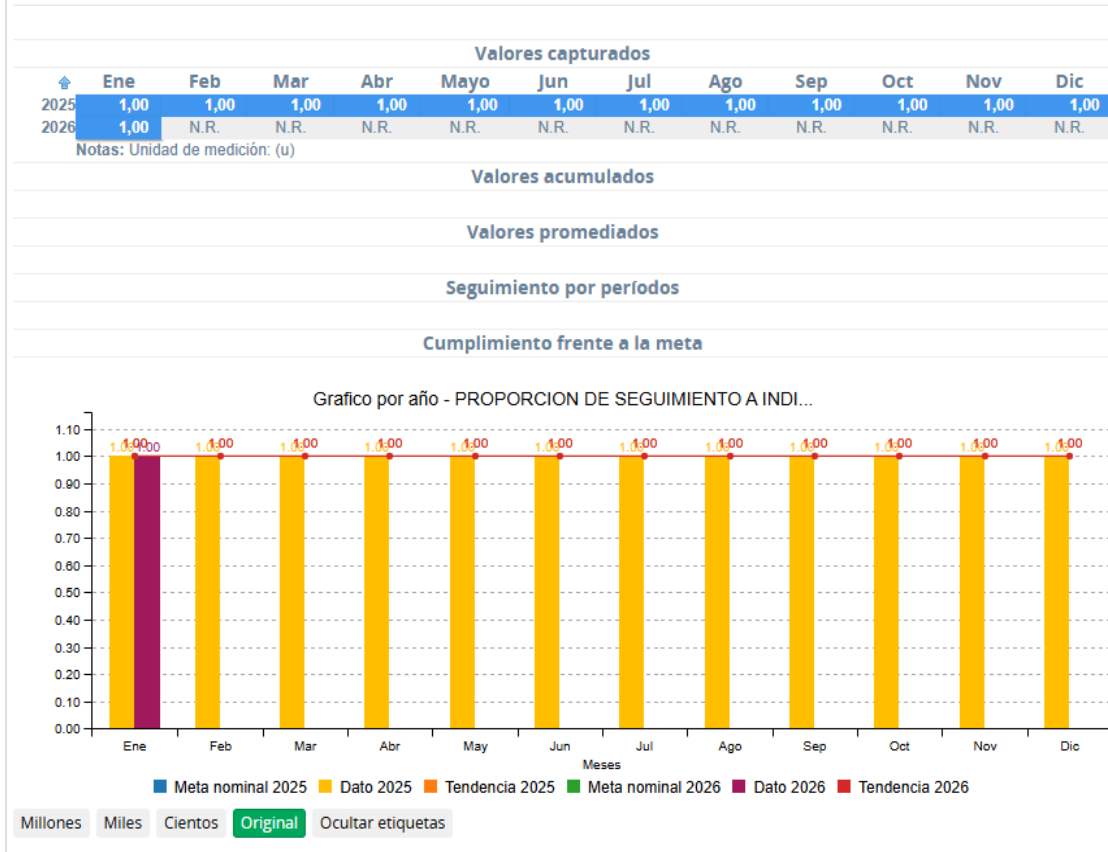
REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Proporción de seguimiento a indicios de atención insegura relacionadas con reactivos de diagnóstico in vitro	
Cumplimiento del Indicador	100%
Medición	Porcentaje / Mensual
Meta del indicador	1%
Importancia del indicador	Este es un indicador de gestión del Programa de Reactivovigilancia que nos permite hacer seguimiento de las acciones inseguras causadas por el uso de reactivos de diagnóstico in vitro.

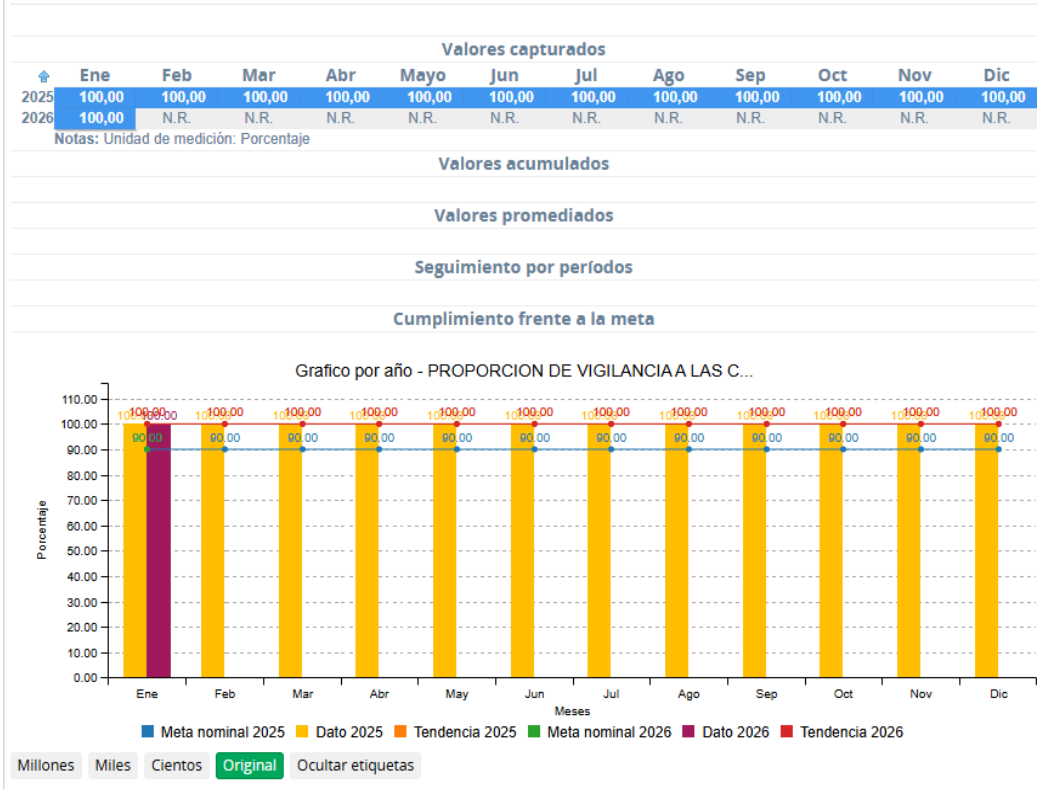
Análisis	Dentro de los valores capturados durante el año se evidencia que se gestionaron la totalidad de los indicios reportados en el marco del programa de Reactivovigilancia.
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



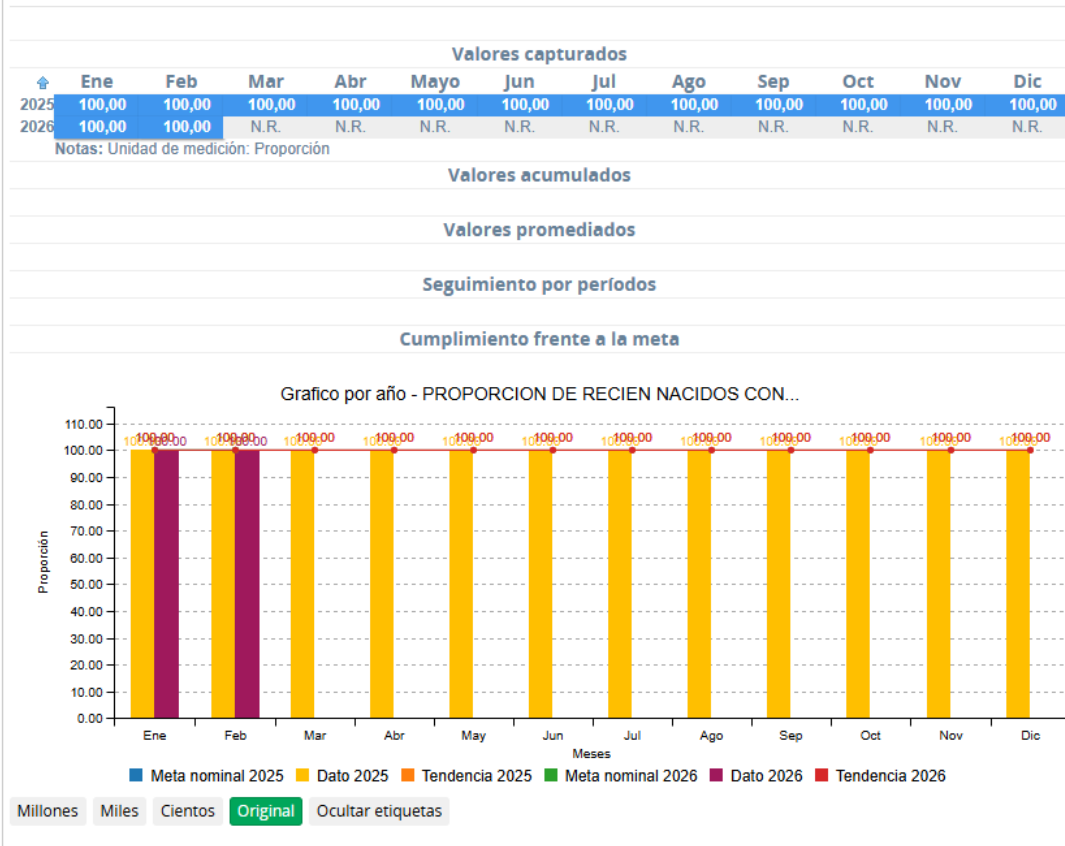
Proporción de vigilancia a las correcciones realizadas a los efectos indeseados relacionados con reactivos de diagnóstico in vitro	
Cumplimiento del Indicador	100%
Medición	Porcentaje / Mensual
Meta del indicador	90%
Importancia del indicador	Este indicador permite realizar seguimientos a las acciones implementadas producto de los efectos indeseados donde se involucre reactivos de diagnóstico in vitro.
Análisis	Durante el último trimestre se realizó el 100% de correcciones a los indicios reportados, siendo estas correcciones efectivas en el marco del programa de reactivo vigilancia.

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Proporción de recién nacidos con tamizaje de Hipotiroidismo	
Medición	Porcentaje /Mensual
Meta máxima del indicador	Meta máxima 100% Meta nominal 100% Meta mínima 100%
Importancia del indicador	El tamizaje neonatal para hipotiroidismo permite la detección temprana del hipotiroidismo congénito, una enfermedad que, si no se trata oportunamente, puede causar discapacidad intelectual, retraso del crecimiento y alteraciones neurológicas irreversibles. Este indicador es de obligatoriedad bajo la resolución 256 del 2016. también es de relevancia bajo la ley 1980 de 2019.
Análisis	Dentro de los valores capturados durante el año se evidencia que han sido tamizados el 100% de los nacidos vivos dentro de la institución. También es de resaltar que no solamente se les está realizando TSH si no el tamizaje neonatal básico que incluye en total 7 pruebas.

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



2.6.5. Retos y oportunidades de mejora

- **Alcanzar la acreditación de las pruebas de Tamizaje Neonatal** bajo la norma ISO 15189:2022 ante la Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC) u otro organismo acreditador reconocido, consolidando al laboratorio clínico como referente regional en calidad, confiabilidad diagnóstica y cumplimiento de estándares internacionales.
- **Desarrollar e implementar una estrategia integral de posicionamiento y expansión del portafolio de servicios del laboratorio clínico** ante las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), orientada a fortalecer alianzas, ampliar la cobertura de servicios y mejorar la sostenibilidad financiera institucional.
- **Fortalecer el sistema de aseguramiento de la calidad en pruebas POCT (Point of Care Testing)** mediante la implementación estandarizada de controles de calidad internos y participación en programas de evaluación externa, especialmente en equipos como glucómetros, garantizando la confiabilidad de los resultados y la seguridad del paciente.
- **Implementar matrices de riesgo en Bioseguridad por áreas del laboratorio**, con el fin de identificar, evaluar y gestionar los peligros presentes en cada proceso, permitiendo así la **mitigación oportuna de riesgos y el fortalecimiento de las prácticas de seguridad**.
- **Actualizar y fortalecer la infraestructura tecnológica y analítica del**

laboratorio, incorporando equipos automatizados, sistemas de información y tecnologías diagnósticas que mejoren la capacidad de respuesta ante eventos de salud pública.

- **Desarrollar programas permanentes de capacitación y actualización científica del talento humano**, promoviendo competencias técnicas, gestión del riesgo y cultura de calidad.
- **Optimizar los sistemas de información del laboratorio**, garantizando trazabilidad de muestras, interoperabilidad con sistemas de vigilancia y disponibilidad oportuna de resultados.

2.7. IMAGENOLOGÍA

2.7.1. Presentación

Nombre del Proceso	Imagenología
Tipo:	Misional
Objetivo:	Realizar oportunamente estudios imagenológicos confiables, con fines diagnósticos y terapéuticos.
Responsable:	Líder Profesional Especializado servicios ambulatorios
Alcance:	Inicia desde la recepción de la orden médica hasta la entrega de los resultados.

El Proceso de imagenología, realiza de manera mensual la proyección de las agendas de los radiólogos y técnicos de imágenes diagnósticas por medio de cuadros de turnos, con el fin de dar oportunidad por medio de la asignación de citas de forma personalizada y/o por medio de línea telefónica. Para lo cual es necesario realizar el alistamiento de todos los equipos biomédicos e insumos necesarios para la prestación del servicio. Una vez el usuario cuente con su cita, el personal encargado realiza la verificación de la factura y la programación de esta, para que posteriormente sea atendido por el radiólogo y/o técnico de imágenes esto en la parte ambulatoria, de igual manera la prestación del servicio para las diferentes áreas hospitalarias enmarcado en el sistema de información institucional, donde allegan todos los pacientes de los diferentes servicios urgencias, hospitalizaciones UCI adultos, UCIN. De igual manera se realiza mensualmente el reporte de indicadores de oportunidad, además de realizar los informes de auditorías internas y externas (todas las EPS y Entes de Control), el desarrollo de las acciones derivadas de planes de mejora y seguimiento y control de los riesgos del proceso, y las inherentes al personal certificados de supervisión, evaluación de desempeño al personal de carrera.

2.7.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

NOMBRE ACTIVIDAD	IMPACTO GENERADO
CONTROL DE CALIDAD	Equipos biomédicos en óptimas condiciones para prestación del servicio impacto negativo por daño en el tomógrafo para el mes de diciembre generando reprocesos administrativos: <ul style="list-style-type: none"> • Demora en la prestación del servicio y resolutiveidad en los tratamientos a los pacientes. • Insatisfacción de los pacientes y del personal médico tratante para definir conducta • Estancias prolongadas por la demora en la atención. • La institución asume riesgos de los pacientes durante el traslado en caso de presentarse algún accidente durante el mismo. • Glosas por parte de auditoría.
PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIONISMO	Mejora la prestación del servicio ya que no se remiten pacientes para realización de procedimientos guiados por tomografía y/o ecografías.
ASISTENCIAS TECNICAS	Aportan al mejoramiento continuo en el cumplimiento de estándares de habilitación.
CONVENIOS UNIVERSITARIOS	Aportan al desarrollo educativo en el campo médico del departamento.
PRESTACION DEL SERVICIO 24/7	Prestación de servicio con oportunidad.
SEGUIMIENTO A FALLAS QUE SE REPORTAN DEL SISTEMA	Usualmente se presentaron inconsistencias por la interfaz entre DINAMICA – AQUILA.

2.7.3. Logros del proceso

- Oportunidad en la prestación del servicio toda vez que se cumple con los indicadores de atención oportuna
- Las fallas presentadas en los equipos biomédicos son atendidas y resueltas en la brevedad posible
- Convenios con la Universidad Nacional para la preparación de estudiantes en el campo de imágenes diagnosticas
- La gestión que se viene realizando para la adquisición de un nuevo tomógrafo para el servicio.
- Adquisición de equipos de cómputo de alta tecnología
- Adquisición de inmobiliaria para el servicio (sillas, escritorios)

- Realización de procedimientos de intervencionismo guiados por tomografía y ecografía

2.7.4. Metas o indicadores

Indicador	Periodicidad	Meses 2025											
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Oportunidad de entrega de los resultados de rayos x a los servicios de hospitalización y urgencias	Mensual	28,58	29,94	35,77	47,95	11,1	8,55	8,54	8,58	8,58	8,61	8,56	8,57
Oportunidad de entrega de los resultados de TAC al servicio de urgencias e internación	Mensual	8,54	8,63	8,6	NA	1,38	8,61	8,66	8,56	8,72	8,59	8,56	8,7
Oportunidad de servicios de imagenología (Ecografía)	Mensual	0,36	0,37	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36
Oportunidad en la atención en el servicio de Imagenología para la toma de tac en los servicios de hospitalización y urgencias	Mensual	8,54	8,55	8,57	NA	8,79	8,58	8,55	8,68	8,59	8,63	8,64	8,48
Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología en radiología simple en los servicios de urgencias y hospitalización	Mensual	8,67	8,67	8,61	8,63	8,53	8,78	8,66	8,59	8,55	8,68	8,55	8,68
Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía	Mensual	0,39	0,35	0,35	0,35	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,35	0,35	0,36

Para la vigencia 2025 se evidencia que la prestación del servicio es oportuna toda vez que contamos con 4 radiólogos y 8 tecnólogos en imagenología, personal suficiente para cubrir la demanda generada de todos los servicios de la institución y así mismo para los usuarios ambulatorios.

2.7.5. Retos y oportunidades de mejora

- Adquisición de un nuevo tomógrafo, ya que es indispensable para la prestación del servicio.
- Realizar los mantenimientos preventivos para evitar las fallas del ascensor y/o la adquisición de uno nuevo que cumpla con las medidas para traslado de camas y equipos biomédicos.
- Realizar seguimiento a los auxiliares de traslado para evitar las demoras en el traslado de los pacientes.
- Mejorar la contratación con las EAPB.
- Mejorar el despacho de insumos y materiales por parte del almacén.

2.8. SERVICIO FARMACÉUTICO

2.8.1. Presentación

El servicio farmacéutico es el conjunto de actividades, procedimientos y recursos destinados a garantizar la disponibilidad y el uso racional de medicamentos y dispositivos médicos dentro de la institución.

Este proceso generalmente incluye las siguientes etapas:

Selección de medicamentos – (Realizada por Almacén)

Definición del listado de medicamentos y dispositivos médicos necesarios según el perfil epidemiológico y necesidades de los pacientes.

Adquisición o compra - (Realizada por Almacén)

Proceso de compra a proveedores autorizados que cumplan con estándares de calidad, seguridad y legalidad.

Recepción y almacenamiento

Verificación de calidad, fechas de vencimiento, lote y condiciones del producto.

Almacenamiento adecuado según condiciones de temperatura, humedad y seguridad.

Distribución y dispensación

Entrega de medicamentos a los servicios clínicos o directamente a los pacientes con la información necesaria para su uso adecuado.

Seguimiento farmacoterapéutico

Evaluación del uso del medicamento para verificar eficacia, seguridad y adherencia al tratamiento.

Farmacovigilancia y tecnovigilancia

Identificación, reporte y análisis de reacciones adversas a medicamentos o fallas en dispositivos médicos.

Objetivo

Garantizar la gestión eficiente, segura y oportuna de los medicamentos y dispositivos médicos mediante la adecuada planificación, adquisición, almacenamiento, distribución y dispensación, promoviendo el uso racional de los medicamentos y contribuyendo a la seguridad del paciente y a la calidad de la atención en salud durante la vigencia 2025.

2.8.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

Dentro de las actividades realizadas por el servicio farmacéutico nos encontramos con la cantidad de fórmulas dispensadas por periodo:

- **Dispensación:** entrega oportuna a los servicios asistenciales de los medicamentos, dispositivos e insumos necesarios para la atención de los pacientes.
- **Capacitación y Entrenamiento:** Se realizaron capacitaciones y entrenamiento al personal con temas relacionadas con el servicio y condiciones normativas.

2.8.3. Logros del proceso

Dentro de los logros se encuentra:

- Obtención de la certificación en buenas prácticas de manufactura en Aire Medicinal y Oxígeno medicinal.
- Mantenimiento y adecuado de redes de gases medicinales de todos los servicios de la institución.
- Adquisición de Bomba de vacío para extracción de gases, fluidos, entre otros.
- Instalación de redes de extracción de gases anestésicos en los servicios de cirugía.
- Instalación de alarmas maestras para gases medicinales en los servicios asistenciales.

2.8.4. Metas o indicadores

INDICADOR SF-11 Costo de Medicamentos Vencidos

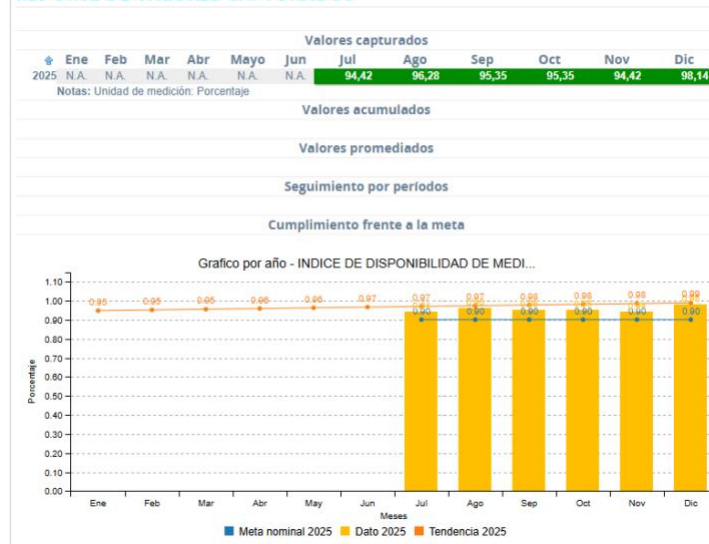
REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Se crea este indicador como estrategia de medir la gestión de adquisición y rotación de medicamentos y dispositivos médicos vencidos, dentro de un periodo dentro de las diferentes farmacias del hospital, encontrando que para el año 2025 en el mes de julio, en el momento que se inicia, se inicia con una tendencia de por encima de la meta con un resultado de 1.91, encontrándose por encima 0.91 puntos; luego se evidencia una tendencia a la disminución hasta el mes de noviembre, donde nuevamente nos pasamos 0.10 puntos por encima de la meta, cerrando en el año 2025 con una tendencia por debajo de la meta.

INDICADOR SF-09 Índice de disponibilidad de medicamentos esenciales

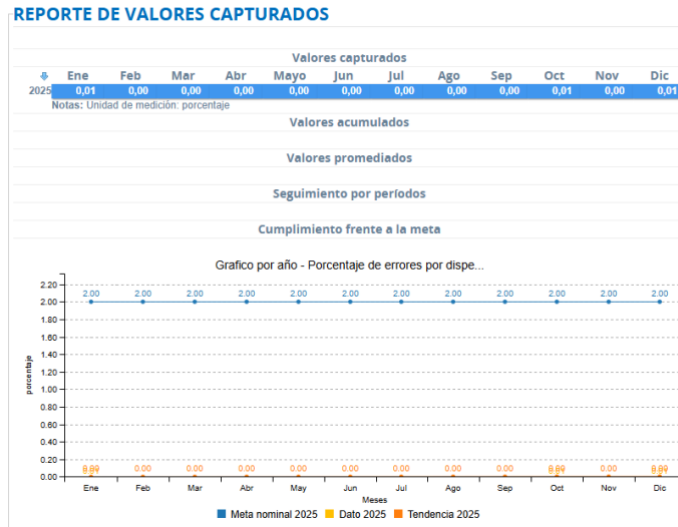
REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Para el caso de este indicador nos permite medir la disponibilidad de medicamentos esenciales disponible en la farmacia de la institución, para la

atención de las diferentes patologías asociadas a medicamentos esenciales que no pueden faltar siendo así un indicador de gestión de la disponibilidad de medicamentos y dispositivos médicos. De acuerdo con el resultado del año 2025 se mantuvo con una meta por encima de 0.90, el cual es una tendencia positiva.

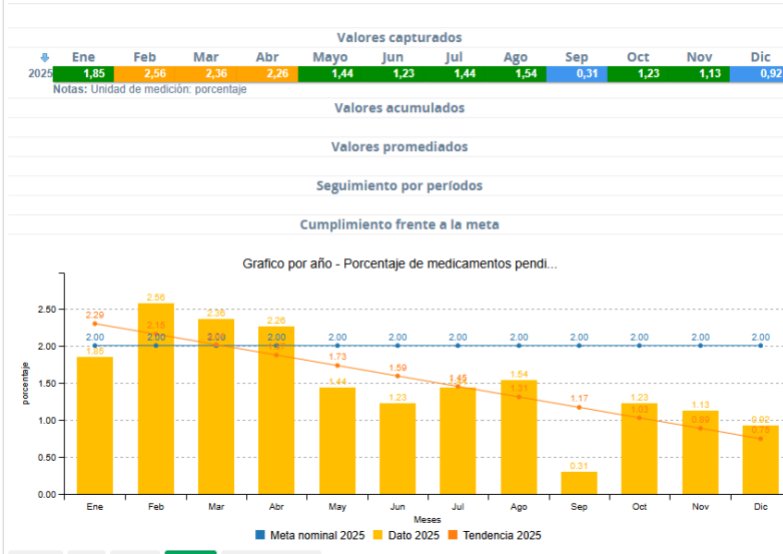
INDICADOR. SF-04 Porcentaje de errores por dispensación en un periodo



El siguiente indicador nos mide los errores de dispensación presentados durante el periodo, este indicador es un indicador de seguridad durante la dispensación y su tendencia, aunque se mantuvo por debajo de la meta, en los meses de Octubre y Diciembre se presentaron 1 caso cada uno, el cual no genero evento adverso en los pacientes.

INDICADOR. SF-05 Porcentaje de medicamentos pendientes por entregar de los listados básicos institucionales

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Podemos identificar en este indicador nos ayuda a medir la demanda insatisfecha en los servicios, la cual se mide al momento de la dispensación, los medicamentos no entregados, precisando que en este sentido no se deja al paciente descubierto sin tratamiento, puesto que se opta por alternativas terapéuticas, presentaciones alternas o presentaciones comerciales similares; este indicador mostro una tendencia por encima de la meta durante el primer trimestre del año 2025 para luego presentar un resultado por debajo de meta, manteniéndose y evaluando un indicador controlado.

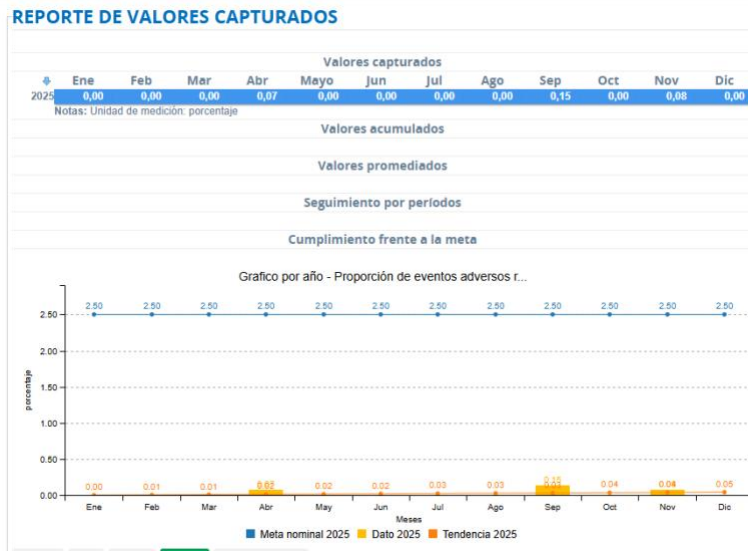
INDICADOR. SF-02 Porcentaje de revisiones de stocks realizadas

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



El siguiente indicador nos muestra el número de revisiones de carros de paro, kit y stock, realizadas en el periodo de acuerdo con las programadas, las cuales a la fecha se encuentran en un 100% de cumplimiento en el periodo del año 2025.

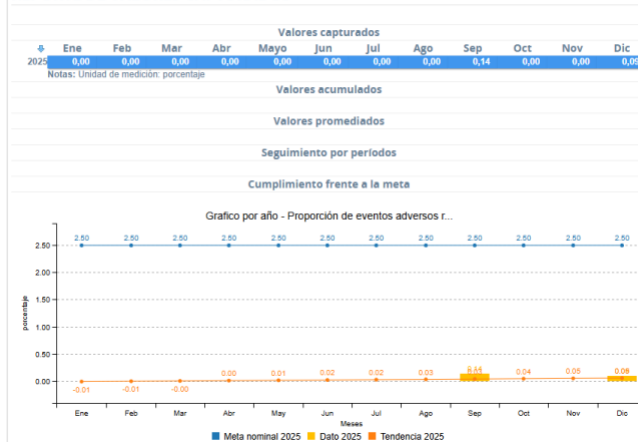
INDICADOR. SF-256-34-SE Proporción de eventos adversos relacionados con el uso de medicamentos, insumos medico quirúrgicos y equipos biomédicos en hospitalización



Este indicador es de cumplimiento normativo y va relacionado con la seguridad en la utilización de medicamentos y los principales eventos adversos asociados con el uso de medicamentos en el servicio de hospitalización, dispositivos y equipos biomédicos. Donde podemos observar una tendencia al cumplimiento por encontrarnos por debajo de la meta establecida, Se puede observar que de acuerdo con las actividades de farmacovigilancia y búsqueda activa en conjunto con seguridad del paciente en el último trimestre se identificaron eventos adversos relacionados con medicamentos, de los cuales ninguno fue grave y son atribuidos a efectos propios del medicamento.

SF-256-35-SE Proporción de eventos adversos relacionados con el uso de medicamentos, insumos o equipos biomédicos en Urgencias

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Este indicador igual que el anterior en medido el servicio de urgencias, y busca poder identificar igualmente los eventos adversos presentados con medicamentos como reacciones adversas, fallos terapéuticos entre otros. Podemos observar una tendencia del indicador por debajo de la meta, con casos presentados durante el mes de septiembre y diciembre los cuales no fueron graves y se le dio el tratamiento pertinente.

2.8.5. Retos y oportunidades de mejora

- Contratación de central de mezclas, para el cumplimiento normativo del servicio farmacéutico de segundo y tercer nivel de complejidad.
- Aumento del Margen salarial de los auxiliares de farmacia y regentes de farmacia.
- Mejoramiento del Almacenamiento de las farmacias, según la normatividad vigente resolución 1403 de 2007 y 3100 de 2019.

2.9. CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

2.9.1. Presentación

La Central de Esterilización es el servicio encargado de garantizar la recepción, limpieza, desinfección, preparación, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución del instrumental quirúrgico, dispositivos médicos e insumos reutilizables utilizados en los diferentes servicios asistenciales de la institución.

El proceso comprende las siguientes etapas:

1. **Recepción y clasificación del material contaminado** proveniente de quirófanos, hospitalización, urgencias y demás áreas asistenciales.
2. **Lavado y descontaminación**, manual o automatizada, según protocolos establecidos. En nuestra institución es manual.

- 3. Secado, inspección y verificación de funcionalidad del instrumental.**
- 4. Empaque y rotulación** conforme a normas técnicas vigentes; por lo anterior se utiliza Papel Crepe, Papel Grado Medico y Papel tyvek.
- 5. Esterilización** mediante métodos validados (vapor, óxido de etileno u otros según el dispositivo); en nuestra institución se utiliza el Vapor y el Sterrad.
- 6. Control de calidad**, incluyendo indicadores físicos, cinta indicadora, químicos y biológicos.
- 7. Almacenamiento y distribución** en condiciones que garanticen la esterilidad hasta su uso final, verificando sus fechas de vencimiento, entre otros.

Todo el proceso se desarrolla bajo estándares de bioseguridad, trazabilidad y cumplimiento normativo, garantizando la seguridad del paciente y del personal.

Relevancia Institucional

La Central de Esterilización constituye un proceso estratégico y transversal que impacta directamente a:

- La seguridad del paciente.
- La prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).
- La continuidad operativa de los servicios quirúrgicos y asistenciales.
- El cumplimiento de estándares de habilitación y acreditación en salud.
- La sostenibilidad institucional mediante la adecuada gestión de instrumental y dispositivos médicos.

Una falla en este proceso puede generar eventos adversos graves, cancelación de procedimientos, incremento en costos por reprocesamiento o adquisición de material adicional, y riesgo legal y reputacional para la institución.

Objetivos principales durante la vigencia 2025

Para la vigencia 2025, la Central de Esterilización tuvo como objetivos principales:

- 1. Garantizar el 100% de cumplimiento de los protocolos de esterilización y trazabilidad**, asegurando procesos seguros y verificables.
- 2. Fortalecer el control de calidad**, optimizando el uso de indicadores biológicos y químicos y auditorías internas periódicas.
- 3. Reducir tiempos de reprocesamiento y entrega de instrumental**, mejorando la eficiencia operativa.

4. **Disminuir eventos asociados a fallas en el proceso**, mediante capacitación continua del personal.
5. **Optimizar el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos** (autoclaves (Vapor y Sterrad), termo - selladoras, etc).
6. **Actualizar protocolos conforme a normatividad vigente y estándares de calidad.**
7. **Fortalecer el sistema de trazabilidad digital**, si aplica, para mayor control y seguimiento del instrumental. Nuestra institución la realiza de acuerdo con formatos y libros donde se anotan todas las novedades del instrumental.
8. **Promover el uso eficiente de recursos**, reduciendo desperdicios y costos asociados al reprocesamiento.

2.9.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

Central de Esterilización (Área Operativa / Área Sucia)

Actividades ejecutadas:

- Recepción, clasificación y registro del material contaminado.
- Lavado manual y secado del instrumental.
- Rotulación del Instrumental y colocación de indicadores, de acuerdo con el proceso de esterilización a proceder.

Central de Esterilización (Área Operativa / Área Limpia)

- Inspección, armado, empaque y rotulación.
- Esterilización mediante métodos validados (vapor, gas, sterrad, etc.).
- Implementación y verificación de controles físicos, químicos y biológicos.
- Gestión de trazabilidad del instrumental.
- Capacitación interna del personal en protocolos de bioseguridad.

Central de Esterilización (Área Operativa / Área Limpia)

- Correcto almacenamiento del material estéril guardando los protocolos de este.
- Verificación fechas de vencimiento de cada instrumental estéril.
- Trazabilidad manual de salidas de material estéril e insumos estériles.

Grado de cumplimiento:

- Cumplimiento promedio del 98–100% en ciclos de esterilización programados.
- 100% de lotes con control químico.
- $\geq 95\%$ de cumplimiento en indicadores biológicos según cronograma.

Impacto:

- Disminución del riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).
- Garantía de disponibilidad oportuna de instrumental quirúrgico.
- Mejora en tiempos de respuesta para quirófano y urgencias.
- Fortalecimiento de la seguridad del paciente.

PHVA	Actividad Ejecutada	Grado cumplimiento 2025	Evidencia/ Producto	Impacto Institucional
PLANEAR	Planeación del recurso humano, insumos y logística	100%	Necesidad del servicio Contratación	Garantizó continuidad y oportunidad en la atención
HACER	Realización de esterilización del material médico - quirúrgico de acuerdo con los protocolos establecidos	$>95\%$	Libros de registros	Reducción de desinformación y mejoramiento en la calidad del servicio en el área quirúrgica.
VERIFICAR	Verificación de procesos y procedimientos para la correcta esterilización del material médico - quirúrgico.	100%	Registros de verificación	Disminución de infecciones en el área quirúrgica.
ACTUAR	Implementación de acciones de mejora	100%	Planes de mejora	Corrección de fallas en procesos

2.9.3. Logros del proceso

Durante la vigencia 2025, la Central de Esterilización ha mantenido un alto nivel de cumplimiento en sus actividades operativas y de apoyo, impactando positivamente la seguridad del paciente, la continuidad quirúrgica y el cumplimiento normativo institucional.

El trabajo articulado entre las diferentes oficinas ha permitido fortalecer la calidad del proceso, reducir riesgos y mejorar la eficiencia operativa.

- $\geq 95\%$ de abastecimiento oportuno a todas las dependencias.
- Gestión de compra de insumos (empaques, indicadores, detergentes enzimáticos).
- $\geq 90\%$ del personal capacitado en protocolos actualizados.
- 100% del personal con EPP asignado.
- Auditorías internas al proceso.
- Seguimiento a indicadores de esterilización.
- Análisis de eventos adversos relacionados.
- Actualización de protocolos y procedimientos.
- $\geq 90\%$ de mantenimientos preventivos ejecutados según cronograma.
- Tiempo promedio de respuesta a fallas menor a 48 horas.
- Mantenimiento preventivo programado de autoclaves y termoselladoras.
- Mantenimiento correctivo ante fallas reportadas.
- **Mantenimiento Biomédico**

Actividades ejecutadas:

- Mantenimiento preventivo programado de autoclaves y termoselladoras.
- Mantenimiento correctivo ante fallas reportadas.
- Calibración y validación de equipos.
- Verificación de parámetros técnicos de funcionamiento.

2.9.4. Metas o indicadores

Indicador	Meta	Cumplimiento	Promedio	Impacto
FALLA AUTOCLAVE DEL	>95%	INCUMPLIMIENTO	80%	CALIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO.

PRODUCTOS CONFORMES	NO	≥95%	Cumplido	100%	ESTRATEGIAS EN PLANES DE CONTINGENCIAS.
---------------------	----	------	----------	------	-----------------------------------------

Durante el periodo evaluado se realizó el seguimiento al cumplimiento de las metas establecidas en el plan operativo institucional.

En términos generales:

- Gracias a las estrategias elaboradas y los planes de contingencia, se alcanzaron las metas, las cuales fueron **alcanzadas o superadas**, lo que evidencia una adecuada planificación y ejecución de las actividades programadas.

El análisis del cumplimiento permite determinar el nivel de avance del plan de trabajo y orientar la toma de decisiones para el siguiente periodo.

Conclusión

El análisis de los indicadores de gestión y del cumplimiento de metas permite evaluar el desempeño institucional, identificar oportunidades de mejora y fortalecer los procesos de planeación, seguimiento y control. La explicación de las variaciones contribuye a una mejor toma de decisiones y a la optimización de los recursos disponibles.

2.9.5. Retos y oportunidades de mejora

- Mantenimiento correctivo definitivo del autoclave BELLIMED1
- Área de almacenamiento para el servicio de CENTRAL DE ESTERILIZACION
- Ampliación del área limpia del servicio de CENTRAL DE ESTERILIZACION

2.10. BANCO DE SANGRE

2.10.1. Presentación

Proceso de tipo misional, cuyo objetivo es contribuir a satisfacer las necesidades de sangre en nuestra Institución, garantizando el suministro con calidad, seguridad y eficiencia de acuerdo con las políticas nacionales, con alcance desde la promoción de la donación de sangre hasta la distribución de componentes sanguíneos. Tiene en cuenta recursos tales como: sociedad, infraestructura, talento

humano, reactivos, insumos y equipos, marco normativo y TIC. Se maneja un riesgo relacionado con la -Inadecuada gestión de inventarios de insumos y reactivos- y se analizan mensualmente 16 indicadores.

2.10.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

ACTIVIDAD	AREA ENCARGADA	% DE CUMPLIMIENTO E IMPACTO
Planificar la disponibilidad de componentes sanguíneos y de insumos/reactivos.	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección - Coordinación 	100% de cumplimiento. El impacto si no se realiza esta actividad es alto, ya que se pone en riesgo la prestación del servicio y el cumplimiento de nuestro objetivo. El principal inconveniente se presenta con la demora en los pagos a los proveedores, que afectan el despacho de insumos y reactivos.
Realizar Promoción de la donación de sangre.	<ul style="list-style-type: none"> - Calidad y Promoción de la Donación 	100% de cumplimiento. Las actividades de promoción se llevan a cabo, sin embargo, el impacto que tiene en la población es bajo, debido a la falta de interés en el tema y la cultura propia del departamento. Aun así, debe realizarse cómo parte de la educación y sensibilización continua por parte del banco.
Recepción de donantes de sangre y reporte de Reacciones Adversas a la Donación (RAD).	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección - Coordinación - Recepción de Donantes - Calidad y Promoción de la Donación 	100 % de cumplimiento. La recepción de los donantes se realiza cumpliendo con el horario establecido, es una de las actividades más importantes realizadas, debido a que los donantes representan la fuente inicial de nuestro proceso. El impacto que genera en los donantes es alto, ya que de esta atención depende su percepción sobre el proceso realizado y la probabilidad de volver a donar. Las RAD se reportan de manera oportuna y se realiza el respectivo seguimiento y socialización en el comité de seguridad del paciente.

ACTIVIDAD	AREA ENCARGADA	% DE CUMPLIMIENTO E IMPACTO
Realizar controles de calidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Inmunoserología - Inmunohematología - Separación de hemocomponentes - Flebotomía 	100% de cumplimiento. Los controles de calidad representan el pilar a la hora de procesar las pruebas de obligatoriedad a los donantes, es una tarea ineludible de muy alto impacto, que garantiza la calidad de los hemocomponentes ofertados.
Procesamiento de unidades sangre (fraccionamiento, pruebas inmunoserológicas e inmunohematológicas, sellado de la unidad y descarte).	<ul style="list-style-type: none"> - Inmunoserología - Inmunohematología - Separación de hemocomponentes - Dirección - Coordinación 	100% de cumplimiento. La actividad final en la cadena de procesamiento de un hemocomponente es el sellado, con éste se garantiza que se han cumplido con todos los estándares de calidad y que la unidad se puede transfundir. Este procedimiento es de alto impacto ya que podría llegar a afectar directamente la seguridad del paciente.
Confirmación, asesoría y canalización de donantes de sangre.	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación - Entrevista al donante 	100% de cumplimiento. Como parte del algoritmo descrito en el Anexo Técnico N°4 de la Circular 082 de 2011, es función del banco de sangre, ubicar, asesorar y canalizar a los donantes con pruebas positivas, esta tarea es de alto impacto ya que repercute directamente en la salud de la población.
Realizar medición del desempeño del proceso a través de indicadores y programas de evaluación externa.	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección - Coordinación 	100% de cumplimiento. Los indicadores se miden de manera mensual y su análisis representa una forma de evaluar el cumplimiento de nuestro objetivo. Durante 2024 se presentaron algunas brechas, pero no fue necesario el cambio de ninguna de las metas. Es una actividad de alto impacto que repercute en la mejora continua de nuestros procesos.

ACTIVIDAD	AREA ENCARGADA	% DE CUMPLIMIENTO E IMPACTO
Revisión de PQRS.	- Calidad y promoción de la donación.	100% de cumplimiento. Actividad de alto impacto relacionada directamente con la prestación del servicio, la mejora de la atención y los procesos.

2.10.3. Logros del proceso

Se logró cumplir con el objetivo de satisfacer la demanda de hemocomponentes en nuestra institución, manteniendo activo el contrato con el banco de sangre de segunda opción (IDCBIS) y con las casas comerciales que proveen los diferentes insumos y reactivos, a pesar de los inconvenientes relacionados con el trámite contractual y lo concerniente al pago de cartera vencida a los proveedores.

No se presentaron no conformidades en las diferentes auditorías realizadas, lo que permite evaluar el buen desempeño del personal y los distintos procesos. Se lograron resultados satisfactorios en los programas de evaluación externa directa del desempeño y no se materializaron los riesgos, lo que evidencia un buen control con las barreras ya establecidas.

2.10.4. Metas o indicadores

- Uno de los indicadores en los que se presentó brecha fue en el de Tasa de Donantes por cada 1000 Habitantes; observándose en 6 de los 12 meses de 2025, lo que no sucedía desde 2022. La brecha más significativa (0.37) se dio en el mes de noviembre (0.73), en el que se superó la meta mínima (Meta nominal: 1.1 – Meta mínima: 0.8). El promedio para este año fue de 1.18.
- La cantidad de donantes potenciales parece estar relacionada con meses de vacaciones y festividades, sin embargo, la evidencia a través de los años no es concluyente en todos los casos, observándose especialmente en el mes de abril (Semana Santa) y diciembre; a partir de este análisis, el Banco de Sangre puede asumir que en estos meses, lo más probable es que se presente brecha o disminuya la donación, por lo que anticipamos la necesidad para estas fechas en especial, de mantener activo el contrato con IDCBIS, la realización de campaña extramural, la anticipación de un stock alto y la participación en LUDS para diciembre.
- Se observó brecha en el indicador de Porcentaje de Donación Voluntaria y Habitual de Sangre; en el mes de marzo (13.94%) la brecha fue de 1.1% (Meta nominal: 15%), por lo que fue uno de los meses del año donde la

donación habitual disminuyó, junto con el mes de agosto (12.65%). El promedio de donantes habituales para el año 2025 fue de 21.6%, mientras que para el año 2024 fue de 20.59%.

- En el indicador de porcentaje de reactividad se presentó brecha en el mes de noviembre. No se presentó en indicadores como Porcentaje de Positividad, Asesoría Efectiva, Ubicación, ni Porcentaje de RAD.

2.10.5. Retos y oportunidades de mejora

El principal desafío que presenta el Banco de Sangre está relacionado con la captación de donantes, para lo que se tienen implementadas estrategias de promoción como la elaboración de piezas gráficas en colaboración con la oficina de comunicaciones, la convocatoria de donantes habituales vía llamada telefónica y la realización de campañas extramurales, en esta última presentándose en ocasiones dificultad con el transporte del personal y equipos biomédicos por falta de disponibilidad de conductor o vehículo.

Contar con contrato vigente y estar al día en cuanto al pago de cartera con el banco de sangre proveedor de segunda opción (IDCBIS) sigue siendo de vital importancia.

Como se ha mencionado, uno de los retos a afrontar es la falta de pago a los proveedores, que ocasiona demora en la contratación a inicio de año y cierres temporales en el despacho durante el transcurso del año.

2.11. GESTIÓN PRE-TRANSFUSIONAL

2.11.1. Presentación

De tipo misional cuyo objetivo es apoyar los demás procesos misionales relacionados con solicitudes de reserva y transfusión sanguínea con oportunidad y seguridad como parte del plan terapéutico de los usuarios del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., con alcance desde la identificación de las necesidades transfusionales de nuestra institución hasta la realización de la transfusión y el seguimiento de la misma. Tiene en cuenta recursos tales como: sociedad, infraestructura, talento humano, tecnología, reactivos e insumos, componentes sanguíneos, órdenes de transfusión y/o reserva de hemocomponentes y marco normativo. Se maneja un riesgo relacionado con -que se realice entrega incorrecta de hemocomponentes- y se analizan mensualmente 7 indicadores.

2.11.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

ACTIVIDAD	AREA ENCARGADA	% DE CUMPLIMIENTO E IMPACTO
-----------	----------------	-----------------------------

Planificar la disponibilidad de componentes sanguíneos y de insumos/reactivos.	- Dirección - Coordinación	100% de cumplimiento. El impacto es alto, debido a que si no se cuenta con los recursos necesarios se pone en riesgo la prestación del servicio y el cumplimiento de los objetivos establecidos. El principal inconveniente se presenta con la demora en los pagos a los proveedores, que afectan el despacho de insumos y reactivos.
Manejo de sangre y Hemocomponentes (Recepción, almacenamiento y distribución de Hemocomponentes).	- Servicio de Gestión Pretransfusional (Bacteriólogos)	100% de cumplimiento. Las condiciones de almacenamiento, la cadena de frío, la entrega de hemocomponentes en los servicios hospitalarios, el despacho hacia otras IPS, son actividades que tienen alto impacto en la estabilidad y calidad de los hemocomponentes, que puede llegar a afectar la seguridad del paciente.
Realizar controles de calidad.	- Servicio de Gestión Pretransfusional (Bacteriólogos)	100% de cumplimiento. La garantía de calidad de las pruebas pretransfusionales depende directamente del cumplimiento en el desarrollo de esta actividad, por lo que el impacto es muy alto en los resultados obtenidos para los pacientes y su seguridad.
Realizar pruebas pretransfusionales y Entregar Hemocomponentes.	- Servicio de Gestión Pretransfusional (Bacteriólogos)	100% de cumplimiento. Las pruebas pretransfusionales aseguran la compatibilidad del paciente con los hemocomponentes a transfundir y limitan la sensibilización del mismo, evitando inconvenientes si es que en el futuro fuera necesaria una nueva transfusión, por lo que esta actividad es de alto impacto, junto con el chequeo cruzado, el inicio de la transfusión, el reporte de las Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT) y la vigilancia médica.
Descarte de residuos de unidades transfundidas y no aptas para transfusión.	- Servicio de Gestión Pretransfusional (Bacteriólogos)	100% de cumplimiento. El descarte final de las bolsas vacías postransfusión asegura una adecuada trazabilidad de toda la cadena transfusional, lo que

		permite hacer seguimiento y control de los puntos críticos, por lo que representa una actividad de alto impacto.
Seguimiento a las reacciones adversas a la transfusión RAT.	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección - Coordinación - Servicio de Gestión Pretransfusional (Bacteriólogos). 	100% de cumplimiento. La supervisión médica de la transfusión, en especial los primeros 15 minutos, es una actividad de muy alto impacto, debido a que es en ese periodo de tiempo donde suelen presentarse las RAT que inclusive pueden poner en riesgo la vida del paciente y el momento en que el personal médico debe intervenir. Se realiza reporte en la plataforma institucional de eventos adversos y en el aplicativo SIHEVI del INS, como parte del proceso de análisis, toma de decisiones y seguimiento, además de su socialización en el comité de seguridad del paciente y el comité transfusional.
Medir el desempeño del proceso a través de los indicadores y el Programa de Evaluación Externa.	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección - Coordinación - Servicio de Gestión Pretransfusional (Bacteriólogos). 	100% de cumplimiento. Los indicadores se registran y analizan mes a mes y representan una actividad de alto impacto, en cuanto al control y seguimiento del cumplimiento o no de los objetivos y la implementación de acciones de mejora o modificación de las metas.

2.11.3. Logros del proceso

Se cumplió con el objetivo de satisfacer la necesidad de solicitudes de reserva y transfusión, con los hemocomponentes suministrados por el banco de sangre institucional principalmente y el apoyo del banco de segunda opción (IDCBIS), se presentaron inconvenientes debido a la falta de pago de la cartera vencida con los proveedores de insumos y reactivos y con IDCBIS, quienes bloqueaban temporalmente el despacho por ese motivo, sin embargo, fue posible mantener el servicio activo y se atendieron oportunamente los códigos azules y rojos, que representan un riesgo vital para los pacientes involucrados.

No se presentaron no conformidades en las diferentes auditorías realizadas, lo que permite evaluar el buen desempeño del personal y los distintos procesos. Se

lograron resultados satisfactorios en los programas de evaluación externa directa del desempeño y no se materializaron los riesgos, lo que evidencia un buen control con las barreras ya establecidas. Los indicadores no mostraron incumplimiento o brecha que llevara a tomar alguna acción correctiva o modificación de metas.

2.11.4. Metas o indicadores

Durante el año 2025 no se presentó brecha en ninguno de los indicadores del servicio, por lo que no fue necesario realizar alguna modificación a las metas.

- En cuanto al indicador de Porcentaje de Hemocomponentes Negados por Déficit, se presentó brecha en 4 de los 12 meses analizados, principalmente por falta de Plaquetas, hemocomponente que por su vida media corta (5 días) escasea o termina vencido; sin embargo los pacientes involucrados tuvieron una evolución satisfactoria y fue posible cumplir con el 99% de las solicitudes, gracias a las acciones tomadas cuando en el momento no se contaba con el hemocomponente, ya sea por las labores de promoción realizadas por el banco de sangre para convocar a donantes o mediante la solicitud al banco de segunda opción (IDCBIS).
- En cuanto al Porcentaje de RAT, el promedio para el año 2025 fue de 0.22% sin que se presentara brecha, en el año 2024 fue de 0.16%.
- No se presentó brecha en indicadores como el porcentaje de diligenciamiento del consentimiento informado, almacenamiento inadecuado de hemocomponentes, ni en la proporción de eventos adversos derivados de las transfusiones.

2.11.5. Retos y oportunidades de mejora

El principal reto es contar siempre con stock suficiente para cubrir las necesidades transfusionales en nuestra institución, en especial las relacionadas con Plaquetas, dado que, por sus características y tiempo corto de almacenamiento, no siempre están disponibles, y el tiempo de espera para el paciente se prolonga, en tanto que el banco procesa las unidades entrantes o en espera de la solicitud a IDCBIS. Es por esto la importancia de que los proveedores y el banco de segunda opción estén disponibles a las solicitudes y no cierren sus puertas por el ya mencionado problema de la cartera vencida.

Una posible mejora sería la implementación de la aféresis para plaquetas, ya planteada en otras oportunidades, no obstante, factores como la infraestructura actual del banco, el alto costo y la disponibilidad de donantes dispuestos a tal procedimiento, hacen poco viable en el momento su ejecución. Las acciones desarrolladas por el banco de sangre para aumentar la captación seguirán siendo la mejor herramienta para mantener el stock.

3. APOYO

3.1. TALENTO HUMANO

3.1.1. Presentación

Objetivo: Proveer el talento humano competente a todos los procesos en pro del fortalecimiento institucional y propender a su desarrollo, seguridad, salud y bienestar.

Alcance: Inicia con la planeación del talento humano, selección, vinculación, permanencia y desvinculación.

3.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

ACTIVIDADES	GRADO DE CUMPLIMIENTO	GRADO DE IMPACTO
Determinar competencias organizacionales, perfiles de cargo y roles y sus funciones.	Actualización Manual específico de funciones y competencias laborales, de acuerdo con la modificación de la planta global de personal y de la modificación de la estructura organizacional.	La actualización del manual permite que cada cargo cuente con funciones, responsabilidades y perfiles claramente definidos. Esto mejora la coherencia entre la estructura organizacional, los procesos y las necesidades institucionales.
Establecer las necesidades del talento humano de cada área y/o servicio	Se realiza la encuesta de las necesidades y expectativas de los procesos a través (TH-F-94), con el fin de consolidar y priorizar los requerimientos reportados por los líderes de área, teniendo en cuenta criterios de seguridad del paciente, continuidad del servicio, cumplimiento normativo y disponibilidad presupuestal. Así mismo, Se realiza el estudio técnico, en el cual se verificó la estructura organizacional y la revisión de los perfiles de cargo, funciones y competencias laborales asociadas a cada rol, con el fin de identificar brechas o desactualizaciones que puedan incidir en el desempeño institucional.	Estas actividades permiten identificar de manera técnica, ordenada y justificada las necesidades de talento humano, facilitando la toma de decisiones para selección, capacitación, redistribución o fortalecimiento de áreas críticas del hospital.

ACTIVIDADES	GRADO DE CUMPLIMIENTO	GRADO DE IMPACTO
<p>Determinar las acciones para la custodia de las historias laborales de los funcionarios y exfuncionarios de la Institución.</p>	<p>Se realiza la implementación de las siguientes actividades orientadas a fortalecer la gestión documental del proceso:</p> <p>La revisión, depuración y organización de los expedientes laborales conforme a las Tablas de Retención Documental vigentes.</p> <p>La clasificación y foliación estandarizada de los documentos que conforman cada historia laboral.</p> <p>La adopción de mecanismos de almacenamiento físico adecuados que garanticen la integridad, preservación y acceso controlado a la información.</p> <p>La implementación progresiva de sistemas digitales institucionales que permitan la administración consulta y trazabilidad de los documentos laborales.</p>	<p>Estas acciones permitirán una custodia eficiente, segura y confiable de las historias laborales, asegurando el cumplimiento de los requisitos legales y la disponibilidad de la información para los diferentes procesos institucionales.</p>
<p>Definir las necesidades de capacitación y el plan de bienestar</p>	<p>A través de la matriz institucional de necesidades de capacitación y bienestar social, se consolidan los requerimientos presentados por los líderes de los diferentes procesos. Dichos requerimientos se analizan y priorizan en función del presupuesto asignado, los resultados de evaluaciones de desempeño, los riesgos identificados y las competencias críticas requeridas para garantizar la adecuada prestación de los servicios.</p>	<p>La definición adecuada de las necesidades de capacitación y del plan de bienestar permite fortalecer las competencias del talento humano, promover el desarrollo institucional, mejorar el clima organizacional y contribuir a la retención del personal. Asimismo, asegura que las acciones formativas y de bienestar respondan a necesidades reales de los colaboradores y se articulen con los objetivos estratégicos del hospital.</p>
<p>Desarrollar los planes y programas a cargo del proceso</p>	<p>Se evidencian dificultades en la ejecución de los planes y programas institucionales a cargo del proceso de Talento Humano, debido principalmente a la baja adherencia por parte de algunos colaboradores. Esta situación ha limitado</p>	<p>Impacta negativamente en el cumplimiento de metas del proceso y en la capacidad del hospital para garantizar un talento humano preparado,</p>

ACTIVIDADES	GRADO DE CUMPLIMIENTO	GRADO DE IMPACTO
de talento humano.	el desarrollo oportuno y completo de las actividades programadas, afectando la continuidad y el impacto esperado de las iniciativas orientadas al fortalecimiento del talento humano.	motivado y alineado con los objetivos institucionales.
Ejecutar el plan anual del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo GS-SST	Para la vigencia 2025, se observa un mejor desempeño, con valores entre 86,29 % y 96,4 %, alcanzando un promedio aproximado de 91,78 %, superando la meta máxima establecida.	os resultados reflejan un fortalecimiento en la planeación, seguimiento y ejecución de las acciones del SG-SST, contribuyendo a un mayor nivel de cumplimiento normativo y a la consolidación de una cultura de prevención. Así mismo, se evidencia la ejecución efectiva de actividades orientadas al bienestar y protección de los colaboradores, lo que repercute positivamente en la disminución de riesgos laborales y en la mejora de las condiciones de trabajo en la Institución.
Elaborar la nómina y planillas de seguridad social mensual de personal para su respectivo pago.	Se elabora de manera mensual la nómina del personal y las planillas de seguridad social, las cuales son tramitadas oportunamente para su respectivo pago. Durante la vigencia, se implementó de manera efectiva el módulo de nómina del software institucional, lo cual ha permitido agilizar y optimizar los procesos de liquidación, verificación y registro de novedades del personal vinculado a la Institución.	La implementación del módulo de nómina mejora la eficiencia operativa del proceso, reduce errores en la liquidación y facilita la trazabilidad de la información, contribuyendo a la transparencia y confiabilidad de la gestión del talento humano.
Diligenciar información laboral y expedir formatos para tramite de pensión a través de CETIL	Se implementó adecuadamente el programa CETIL para la expedición de los formatos requeridos para el trámite de pensión o bono pensional. El proceso se desarrolla de manera oportuna y conforme a los lineamientos establecidos, garantizando la correcta emisión de	La adecuada ejecución de esta actividad facilita el acceso de los colaboradores y excolaboradores a sus derechos pensionales, optimiza los tiempos de respuesta institucional y

ACTIVIDADES	GRADO DE CUMPLIMIENTO	GRADO DE IMPACTO
	<p>certificaciones laborales para los funcionarios y exfuncionarios que requieren iniciar su trámite ante las entidades competentes.</p>	<p>asegura la entrega de información confiable y completa. Esto contribuye al cumplimiento normativo y fortalece la percepción de eficiencia y respaldo por parte del proceso de Talento Humano.</p>
<p>Desarrollar actividades de intervención a los colaboradores de acuerdo a los resultados de la evaluación del clima organización</p>	<p>Se identifica una limitada capacidad para desarrollar las actividades de intervención derivadas de los resultados de la evaluación del clima organizacional, debido a la ausencia de personal idóneo que realice la aplicación periódica de las encuestas y la implementación de las acciones correspondientes a los hallazgos. Esta situación ha generado retrasos en la formulación y ejecución de estrategias de fortalecimiento del ambiente laboral.</p>	<p>La falta de intervención oportuna afecta la identificación temprana de factores de riesgo psicosocial, disminuye la efectividad de las acciones de mejora y limita la posibilidad de implementar estrategias orientadas al bienestar, motivación y satisfacción de los colaboradores. Esta situación puede generar impactos negativos en el clima laboral, el desempeño de los equipos y la continuidad de las acciones de fortalecimiento institucional.</p>
<p>Adelantar los trámites establecidos para la conformación de la comisión de personal, el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Comité de Convivencia Laboral</p>	<p>Se adelantan los trámites requeridos para la conformación de la Comisión de Personal, el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) y el Comité de Convivencia Laboral. Dichos comités cuentan con los representantes designados y cumplen con los procedimientos formales de integración definidos por la institución y la normatividad aplicable.</p>	<p>La conformación oportuna de estos comités garantiza el cumplimiento de los requisitos legales en materia de participación, seguridad y salud en el trabajo, y convivencia laboral. Asimismo, fortalece los mecanismos de diálogo institucional, promueve la identificación y gestión de riesgos psicosociales y laborales, y facilita la implementación de acciones orientadas a la mejora del clima laboral, la protección de los colaboradores y el</p>

ACTIVIDADES	GRADO DE CUMPLIMIENTO	GRADO DE IMPACTO
		fortalecimiento de la gestión del talento humano.
Medir y analizar el desempeño del proceso	Se realiza el reporte periódico de los indicadores de gestión establecidos para el proceso, así como la elaboración de los informes de gestión correspondientes, en cumplimiento de los lineamientos institucionales y de los entes de control.	La medición y análisis del desempeño permiten identificar tendencias, brechas y oportunidades de mejora, facilitando la toma de decisiones orientadas al fortalecimiento del proceso y al cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales. Así mismo, contribuyen al control efectivo de las actividades y a la mejora continua de la gestión del talento humano.
Seguimiento a los controles de riesgos	Se realizan las actividades de monitoreo establecidas para el control de los riesgos asociados al proceso, cumpliendo con las acciones definidas en los planes de mejora y garantizando la actualización de los controles implementados.	El seguimiento oportuno a los controles de riesgos permite mantener la efectividad de las medidas implementadas, minimizar la materialización de los riesgos y asegurar la continuidad operativa del proceso.
Seguimiento al cumplimiento de los planes de acción		
Elaborar e implementar acciones correctivas	Se identifican oportunidades de mejora a través de las reuniones de autocontrol y de los resultados de los diferentes mecanismos de seguimiento. Se identifican oportunidades de mejora durante el seguimiento a indicadores, auditorías internas, reuniones de procesos y revisión de actividades.	La implementación estructurada de acciones de mejora fortalece la eficiencia, calidad y cumplimiento del proceso.
Identificar y gestionar oportunidades de mejora		
Implementación de acciones en pro de la mejora del proceso		

3.1.3. Logros del proceso

- Implementación del Sistema Integrado de Gestión de Calidad.

- Compromiso y disposición de los colaboradores que forman parte de la oficina de talento humano.
- Cumplimiento de los requisitos del SG-SST.
- Continuidad en los procesos.
- Modificación estructura organizacional:

En el marco del Diagnóstico y análisis interno, se adelantó una revisión de la situación actual de la estructura organizacional de la ESE Hospital Departamental María Inmaculada, identificando no solo las dependencias que conforman la ESE, sino también de los procesos y procedimientos asociados a cada una de las dependencias de la estructura organizacional, y que determinan el nivel de eficiencia, eficacia y efectividad de la gestión pública y la pertinencia frente a su gestión e impacto en favor de las partes interesadas, la cual quedará así:



- **Modificación planta global de personal**

De acuerdo con el análisis financiero realizado y a la estrategia de formalización laboral del plan de desarrollo Nacional e Institucional, la propuesta de modificación de la planta global de personal, la estructura organizacional y el manual específico de funciones y competencias laborales del Hospital Departamental María Inmaculada, está encaminada a la formalización laboral gradualmente así: El 5% anual del total de los contratistas para la vigencia de 2025, el 5% en la vigencia 2026 y un 2% del total de contratistas en la vigencia 2027, para un total del 12% aproximadamente en el trienio, lo anterior conforme a las proyecciones presupuestales y flujo de recursos para cada vigencia.

PROYECCION 2025-2027

VIGENCIA	Total Contratistas	Creación de cargos	% Anual
2025	654		
2025	654	30	5
2026	624	29	5
2027	581	14	2
Total		73	12

“En virtud de los artículos 125 y 209 de la Constitución como lo ha reiterado esta Corporación en múltiples oportunidades, la administración pública tiene la facultad de adecuar su funcionamiento a las necesidades del servicio; por lo tanto puede crear, modificar, reorganizar y suprimir los cargos de su planta de personal, cuando las necesidades públicas o las restricciones económicas se lo impongan, sin que lo anterior implique el menoscabo del derecho a la estabilidad laboral que se deriva de la calidad de trabajadores inscritos en la carrera administrativa.

A continuación, se presenta la propuesta de cargos a crear según las consideraciones anteriormente mencionadas.

Código	Grado	Cargo	No. Cargos
425	11	Secretario Ejecutivo	1
009	01	Director operativo (Urgencias)	1
009	01	Director operativo (Líder proceso Enfermería)	1
009	01	Director operativo (Líder proceso Servicio farmacéutico y gases medicinales)	1
006	01	Jefe de Oficina (mantenimiento hospitalario)	1
105	02	Asesor (oficina contratación)	1
105	02	Asesor (Gestión calidad)	1
222	10	Profesional Especializado	3
211	10	Médico General	5

Código	Grado	Cargo	No. Cargos
243	05	Enfermero	12
237	06	Profesional Universitario Área Salud (Instrumentador QQ)	1
237	01	Profesional Universitario Área Salud (instrumentador)	4
219	01	Profesional Universitario (Comunicaciones)	1
237	02	Profesional Universitario Área Salud (terapeuta)	10
222	09	Profesional Especializado (Biomédico)	1
412	10	Auxiliar Área Salud (Aux. Enfermería)	12
217	09	Profesional S.S.O (Medico General) Montañita	1
217	05	Profesional S.S.O (Enfermero) montañita	1
217	09	Profesional S.S.O (Medico General) Morelia	1
217	05	Profesional S.S.O (Enfermero) montañita	1
407	07	Auxiliar Administrativo	8
412	07	Auxiliar Área Salud (Aux. Droguería)	3
323	03	Técnico Área Salud (Regente Farmacia/Almacén)	1
219	01	Profesional Universitario (Jurídica)	1
TOTAL			73

De igual forma se realizó un análisis de aquellos cargos de la planta de personal que no se van a proveer debido a diferentes situaciones de tipo administrativo, así:

Código	Grado	Cargo	No. Cargos
470	1	Auxiliar de Servicios Generales	6
440	7	Secretario	1
323	3	Técnico Área Salud (Instrumentador Quirúrgico)	4
214	7	Odontólogo	1
213	12	Médico Especialista	4
412	4	Auxiliar Área Salud (Promotoras)	6
237	2	Profesional Universitario Área Salud (Terapista) 4h	6
219	3	Profesional Universitario (Biomédico)	1
323	3	Técnico Administrativo (comunicaciones)	1
211	10	Médico General	4
TOTAL			34

COSTOS PLAN DE CARGOS 2026

CONSOLIDADO	ADMINISTRATIVO	MISIONAL	TOTAL
-------------	----------------	----------	-------

COSTO ANUAL TOTAL	12.162.389.044	42.365.535.252	54.527.924.296
TOTAL CARGOS	146	359	505
% Cantidad Cargos	29	71	100
% Valor total anual de cargos	22	78	100

Así, las cosas a la proyección de 2025-2027 presenta el siguiente impacto financiero:

CONCEPTO	VALOR
Costo Estimado Planta Actual	46.085.150.472
Costo Supresión de cargos	3.075.312.521
Costo terminación contratos	3.402.240.000
Costo creación de cargos	8.416.259.564
Ahorro (-) (+)	-1.938.707.043
Costo final de la Planta de personal	51.426.097.515

Como se observa en la tabla anterior, el impacto financiero en la proyección de creación y supresión de los cargos asciende al valor de **MIL NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS SIETE MIL CUARENTA Y TRES PESOS (\$1.938.707.043) MCTE.**

- **Actualización Manual específico de funciones y competencias laborales (Resolución No. 000937 del 08/09/2025, modificado por la Resolución No. 001207 del 7/11/2025)**

Al Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales de la E.S.E. Hospital Departamental María Inmaculada, se realizarán las modificaciones relacionadas con el ajuste de los requisitos de formación de académica exigibles para los empleos del nivel directivo, asesor, profesional y asistencial de la entidad, cargos de carrera y de libre nombramiento y remoción, requeridos para mejorar el cumplimiento de los objetivos institucionales a cargo de la Entidad.

Finalmente, es importante tener en cuenta en la definición de los perfiles para el desempeño de los empleos, las competencias laborales entendidas como la capacidad de una persona para desempeñar, en diferentes contextos y con base en los requerimientos de calidad y resultados esperados en el sector público, las funciones inherentes a un empleo; capacidad que está determinada por los conocimientos, destrezas, habilidades, valores, actitudes y aptitudes que debe poseer y demostrar el empleado público. (Ver artículo 2.2.4.2. del Decreto 1083 de 2015, modificado por el Decreto 815 de 2018).

CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO SST

Vigencia	Trimestre	1	2	3	4	Promedio año
2024		90,38	85,71	84,96	88,12	87,29
2025		95,79	88,62	86,29	96,4	91,775

El cumplimiento del Plan Anual de Trabajo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) por trimestres evidencia una tendencia positiva en la ejecución de las actividades programadas.

Durante la vigencia 2024, los resultados oscilaron entre 84,96% y 90,38%, con un promedio anual de 87,29%, ubicándose por encima de la meta nominal del indicador (80%) y muy superior a la meta mínima establecida (60 %), aunque en algunos trimestres se mantuvo cercano a la meta máxima (90%).

Para la vigencia 2025, se observa un mejor desempeño, con valores entre 86,29% y 96,4%, alcanzando un promedio aproximado de 91,78%, superando la meta máxima establecida, lo que evidencia un fortalecimiento en la planeación, seguimiento y ejecución de las actividades del sistema, así como un mayor nivel de cumplimiento del plan anual de trabajo.

3.1.4. Metas o indicadores

Indicadores Proceso Talento Humano:

- Porcentaje de cumplimiento Plan de Capacitación
- Porcentaje de inducciones y entrenamientos realizados
- cobertura del plan de capacitaciones
- Porcentaje de cumplimiento del Plan de Bienestar e Incentivos
- Ausentismo laboral por permisos
- Efectividad de capacitaciones por periodo
- Porcentaje de personal evaluado
- Porcentaje de empleos de la planta provistos

Indicadores SG-SST:

- Frecuencia de Accidentalidad
- Ausentismo por causa médica
- Severidad de Accidentalidad
- Proporción de accidentes de trabajo mortales
- Prevalencia de la enfermedad laboral
- Incidencia de la Enfermedad Laboral

- Cumplimiento del Plan Anual de Trabajo SST
- Eficacia de las acciones derivadas del SG-SST
- Condiciones y actos inseguros
- Cumplimiento metas PESV
- Cumplimiento de actividades plan anual PESV
- Cumplimiento plan de formación en seguridad vial
- Cobertura plan de formación en seguridad vial
- Tasa de Sinistros Viales por Nivel de Perdida
- Porcentaje de trabajadores capacitados en seguridad vial

Comportamiento de los indicadores más relevantes del proceso:

Nombre	Tipo	Tendencia positiva?	Unidad de medición	Meta nominal	Datos promediados		Semáforo	Análisis
					Valor	% Cumplimiento		
Ausentismo laboral por permisos	Eficacia	No	porcentaje	1,5	1,73	84.39%		Disminuyó el índice de ausentismo laboral en el último mes, se registró en su mayoría compensatorios de fin de año por el personal administrativo.
Ausentismo por causa médica	Efectividad	No	porcentaje	2,0	0,82	100.00%		Disminuyó el porcentaje del personal incapacitado durante el mes de enero de la presente vigencia
Cumplimiento del Plan Anual de Trabajo SST	Efectividad	si	porcentaje	80,0	91,77	100.00%		Durante el último trimestre de 2025 se ejecutaron 107 actividades de las 111 programadas.
Cumplimiento metas PESV	Eficiencia	si	Porcentaje	85,0	83,33	98.04%		Para el cuarto trimestre de 2025 se llevó a cabo el cumplimiento de 77,78% de las metas programadas. De las nueve (9) actividades programadas para el periodo se realizaron siete (7).
Cumplimiento plan de formación en seguridad vial	Eficiencia	si	Porcentaje	90,0	100	100.00%		Durante el último trimestre se programaron 5 capacitaciones, las cuales se ejecutaron capacitándose a 236 colaboradores.
Porcentaje de cumplimiento del Plan de Bienestar e Incentivos	Eficiencia	si	porcentaje	75,0	100	100.00%		Para el cuarto trimestre del 2025 se programaron seis actividades en el Plan de Bienestar Social, donde todas fueron ejecutadas en su totalidad conforme a la programación inicial.
Porcentaje de cumplimiento Plan de Capacitación	Eficiencia	si	Porcentaje	70,0	93,42	100.00%		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
Porcentaje de empleos de la planta provistos	Eficacia	si	Porcentaje	90,0	98,27	100.00%		Durante el cuarto trimestre se realizaron 10 nombramientos, sin embargo se han generado nuevas vacantes ante la renuncia de sus titulares, razón por la cual a la fecha se evidencia cinco (5) vacantes pertenecientes a la planta global de personal.
Porcentaje de inducciones y entrenamientos realizados	Eficiencia	si	Porcentaje	80,0	100	100.00%		Durante el último trimestre de 2025, se vincularon 10 funcionarios a la planta global de personal y se contrataron 400 colaboradores, quienes realizaron el proceso de inducción y entrenamiento en puesto de trabajo, el cual es requisito para la vinculación a la ESE.
Porcentaje de personal evaluado	Eficiencia	si	porcentua	90,0	97,19	100.00%		Para el Periodo Anual 2025-2026, se encontraban activos 195 servidores de carrera, registrándose en el aplicativo de EDL un número total de 189 evaluaciones. De esta manera, no se evaluaron 6 colaboradores por presentar las siguientes situaciones administrativas.

3.1.5. Retos y oportunidades de mejora

Retos:

- Mejorar los tiempos de entrega de los diferentes productos de la oficina de talento humano (formato de necesidades, nómina, seguridad social, informes, entre otros).
- Gestión de la diversidad generacional, y la necesidad de garantizar el bienestar integral de los colaboradores en un entorno laboral en constante cambio.
- Mejorar la comunicación del equipo de trabajo.
- Adecuar espacios en la infraestructura que permita unir todo el equipo de la oficina de talento humano.
- Establecer estrategias que promuevan la Imparcialidad con el personal a cargo.
- Establecer canales de comunicación y confianza con todo el personal.
- Mejorar las herramientas tecnológicas para agilizar los procesos.
- Continuidad en los procesos.
- Mejorar la imagen de la oficina frente a las demás dependencias de la institución.
- Mejorar la atención al cliente interno y externo.

Oportunidades de mejora:

- Falta de comunicación interna: La falta de comunicación entre los colaboradores del área, asignaciones erróneas de tareas, falta de imparcialidad con el equipo de trabajo y la dispersión del equipo en diferentes espacios de la institución genera un ambiente laboral negativo, desintegración y desmotivación en los colaboradores.
- Falta de recursos y equipos adecuados: materiales de trabajo insuficientes o espacios de trabajo inadecuados y falta de equipos tecnológicos, retrasa las actividades y afecta el rendimiento del proceso.
- Condiciones laborales físicas y psicológicas: Las instalaciones o infraestructura no está diseñada para equipos de trabajo grandes, se fracciona el área, lo cual genera un mal un ambiente laboral.
- Desconexión entre áreas: La falta de coordinación entre la oficina de talento humano y otras áreas del hospital puede generar desinformación, toma de decisiones subjetivas, falta de trabajo en equipo, demora en los procedimientos, falta de comunicación adecuada de los colaboradores, que llevan a malentendidos y desconfianza entre las áreas.
- Gestión de conflictos laborales: Los problemas laborales, como quejas sobre horarios, discriminación o acoso, son comunes y requieren una atención y resolución efectiva para evitar conflictos o mala imagen para el hospital.

Estrategias implementadas y propuestas de mejora:

- De acuerdo con las necesidades y expectativas presentadas por todos los procesos de la institución, realizar una evaluación exhaustiva de los requerimientos y determinar cuáles son los más relevantes para solucionar los problemas que ayuden a mejorar el servicio.
- Realizar encuestas o entrevistas tanto a los colaboradores como a los líderes para obtener retroalimentación sobre la percepción de las deficiencias y detectar los aspectos a mejorar.
- Implementar métodos de selección basados en competencias, que se alineen con las necesidades actuales y futuras de la entidad. Utilizar técnicas de entrevistas estructuradas, pruebas psicométricas y entrenamientos en puestos de trabajo para obtener un panorama más completo de los colaboradores a vincular.
- Asegurarse de que el personal esté capacitado en el uso de estas herramientas y tecnologías para optimizar su trabajo y garantizar la eficiencia en los procesos.
- Diseñar programas de formación continua basados en las necesidades específicas del personal. Esto incluye formación técnica y en habilidades blandas (como liderazgo, comunicación, trabajo en equipo).
- Realizar evaluaciones regulares de desempeño objetivas para identificar áreas de mejora en los empleados y establecer planes de mejoramiento individualizados.
- Establecer políticas claras de reconocimiento e incentivos que motiven a los colaboradores a alcanzar altos estándares de desempeño. Esto puede incluir incentivos financieros, promociones, o premios no monetarios (por ejemplo, reconocimientos públicos).
- Crear canales efectivos de comunicación entre los líderes y el personal a cargo, fomentando la retroalimentación constante y la resolución de problemas de manera proactiva.
- Realizar encuestas periódicas de clima laboral para conocer las preocupaciones, expectativas y niveles de satisfacción de los colaboradores, y utilizar esta información para mejorar la cultura organizacional.
- Establecer y monitorear indicadores clave de desempeño relacionados con el personal, como el tiempo de contratación, tasa de rotación, satisfacción de los empleados, y efectividad de los programas de formación.
- Asegurarse de que los jefes de área o líderes cuenten con habilidades de liderazgo, toma de decisiones y gestión de equipos para motivar y guiar a sus colaboradores hacia una mejora continua.
- Impulsar la empatía como una habilidad esencial en los procesos, entendiendo las necesidades tanto de la entidad como de los empleados para crear un ambiente laboral saludable y productivo.

3.2. RECURSOS FÍSICOS

3.2.1. GESTIÓN AMBIENTAL

3.2.1.1. Presentación

El presente informe consolida los resultados técnicos, administrativos y operativos del Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS) durante la vigencia 2025. La gestión institucional se estructuró bajo el rigor de la normativa ambiental colombiana vigente, garantizando la trazabilidad probatoria y la mejora continua conforme a la Resolución 1164 de 2002 (Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios), la Resolución 2184 de 2019 (Código de Colores), el Decreto 1076 de 2015 (Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible) y la Resolución 0631 de 2015 (Vertimientos).

3.2.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

Gestión Integral de Residuos Hospitalarios (PGIRASA)

La trazabilidad en la generación, segregación y disposición final de los residuos arrojó un consolidado anual de producción de **276.887,83 kg**. El análisis del comportamiento detalla lo siguiente:

- **Residuos Peligrosos (RESPEL - Biosanitarios y Anatomopatológicos):**

Constituyen la mayor carga contaminante. Aunque se lograron reducciones significativas en el segundo trimestre (disminución de 6.852 kg, un 19% menos), se presentaron picos de generación en los meses de julio (11.342 kg) y septiembre (11.245,3 kg). Estos incrementos estuvieron presuntamente asociados al aumento en la demanda de servicios, mayor cantidad de procedimientos clínicos y al fortalecimiento estricto de los protocolos de bioseguridad.

- **Recuperación y Economía Circular:**

A lo largo del año se recuperaron **16.131 kg** de material reciclable. La eficacia del reciclaje se mantuvo estable a partir del segundo trimestre en un 0,06% del total generado. Las jornadas de comercialización de material aprovechable (cartón, papel y chatarra) generaron ingresos institucionales, destacando el recaudo de \$547.900 en el segundo trimestre y \$2.212.200 en el tercer trimestre.

Ejecución del Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA) y POA

- **PIGA (Versión 6 - 2025-07-29):**

De una meta de cumplimiento estipulada en el 90% (0,9), se logró una ejecución real consolidada del **95%**, habiendo desarrollado 113 de las 135 actividades programadas durante el año.

- **POA y Operatividad:**

El Plan Operativo Anual alcanzó el 100% de cumplimiento en las estrategias evaluadas trimestralmente. A lo largo del año se desarrollaron **129 actividades** de optimización de procesos correspondientes al PGI RASA. Adicionalmente, se generó un riguroso soporte probatorio mediante el levantamiento y actualización de 130 actas de seguimiento y control.

3.2.1.3. Logros del proceso

El monitoreo técnico sistemático a través de las fichas de indicadores (RF-GA-17 y RF-GA-20) evidenció resultados favorables derivados de la campaña "Soy Consciente, Consumo Eficiente".

- **Consumo de Energía Eléctrica (RF-GA-17):**

Se logró una tendencia de ahorro durante los tres primeros trimestres, promediando 210.343 kW, 195.907 kW y 188.020 kW, respectivamente. Las reducciones más notables ocurrieron en el segundo y tercer trimestre, logrando caídas del 8% (52.951 kW menos) y 8,5% (52.719 kW menos) en comparación con el periodo de la vigencia anterior. El año cerró con un pico estacional en el cuarto trimestre de 237.930 kW promedio mensual, propio de las dinámicas de cierre de vigencia.

- **Consumo de Agua Potable (RF-GA-20):**

Los promedios mensuales mostraron variaciones entre 7.154 m³ (I Trimestre), 7.263 m³ (II Trimestre) y 7.596 m³ (III Trimestre). Sin embargo, el cuarto trimestre reportó el registro más bajo del periodo analizado, consolidando un consumo mensual promedio de **5.169 m³**.

3.2.1.4. Metas o indicadores

Análisis Anual de Indicadores de Gestión Ambiental Vigencia 2025

El monitoreo y medición del desempeño ambiental del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. se soporta en las fichas técnicas de indicadores institucionales. A continuación, se presenta el consolidado de la vigencia 2025 y su respectivo análisis técnico, en cumplimiento del Decreto 1076 de 2015 y los lineamientos del Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA).

1. INDICADOR RF-GA-17: Consumo de Energía Eléctrica

- **Comportamiento Mensual Promediado por Trimestre:**
 - **I Trimestre (Ene - Mar):** 210.343 kW/mes
 - **II Trimestre (Abr - Jun):** 195.907 kW/mes
 - **III Trimestre (Jul - Sep):** 188.020 kW/mes
 - **IV Trimestre (Oct - Dic):** 237.930 kW/mes
 -
- **Consolidado Total Anual Estimado: 2.496.600 kW**

Análisis Anual Técnico: Durante los primeros nueve meses del año, se evidenció una tendencia sostenida a la baja. Se logró una reducción estadísticamente significativa del 8% en el segundo trimestre y del 8,5% en el tercero (52.719 kW menos) en comparación con el mismo periodo de la vigencia anterior. Este comportamiento refleja la eficacia de la campaña institucional "Soy Consciente, Consumo Eficiente". No obstante, el cuarto trimestre presentó un repunte atípico (237.930 kW/mes), un aumento presuntamente asociado a la operatividad de fin de año, variaciones climáticas que incrementaron el uso de sistemas de climatización (Aires Acondicionados) y dinámicas propias del cierre de vigencia.

2. INDICADOR RF-GA-20: Consumo de Agua Potable

- **Comportamiento Mensual Promediado por Trimestre:**
 - **I Trimestre:** 7.154 m³/mes
 - **II Trimestre:** 7.263 m³/mes
 - **III Trimestre:** 7.596 m³/mes
 - **IV Trimestre:** 5.169 m³/mes
- **Consolidado Total Anual Estimado: 81.546 m³**

Análisis Anual Técnico: El indicador de consumo hídrico mostró una curva ascendente moderada entre enero y septiembre, alcanzando su pico máximo en el tercer trimestre (7.596 m³/mes), presuntamente derivado del aumento de ocupación hospitalaria y fortalecimiento de protocolos de limpieza y desinfección. Sin embargo, el impacto positivo de las acciones correctivas del SGA se reflejó drásticamente en el cuarto trimestre, donde se logró el registro más bajo del año (5.169 m³/mes). Esta contención cierra el año con un balance positivo de optimización del recurso, cumpliendo con la Ley 373 de 1997 (Uso Eficiente y Ahorro del Agua).

3. INDICADOR RF-GA-19: Proporción de Residuos Peligrosos (RESPEL)

- **Generación Total Anual (Todos los residuos):** 276.887,83 kg

Picos Máximos de Generación RESPEL: Julio (11.342 kg) y Septiembre (11.245,3 kg).

Análisis Anual Técnico: La generación de residuos peligrosos (infecciosos/riesgo biológico) es proporcional a la prestación de servicios de salud. Aunque se logró una reducción histórica del 19% durante el segundo trimestre (disminuyendo 6.852 kg de carga contaminante), los meses de julio y septiembre marcaron los picos más altos del año. Este aumento está presuntamente ligado a variables epidemiológicas, mayor afluencia en urgencias y procedimientos invasivos. La disposición final del 100% de estos residuos fue certificada legal y técnicamente mediante la supervisión estricta al contrato No. 00301 con la empresa SAIDA S.A.E.S.P., acatando la Resolución 1164 de 2002.

4. **INDICADOR RF-GA-18: Residuos Reciclables sobre el Total Generado**

- **Total de Material Reciclable Recuperado (12 meses): 16.131 kg**

Eficacia Promedio Anual: 0,06%

Ingresos Destacados por Comercialización: \$547.900 (Q2) y \$2.212.200 (Q3).

Análisis Anual Técnico: Se consolidó la estrategia de economía circular mediante la segregación en la fuente (Resolución 2184 de 2019 - Código de Colores). La recuperación de más de 16 toneladas de cartón, papel, plástico y chatarra evitó que estos materiales terminaran en la celda de disposición final, prolongando la vida útil del relleno sanitario y disminuyendo la huella de carbono institucional. Aunque la tasa de eficacia se mantuvo estable en un 0,06%, los ingresos económicos generados por la venta de este material demostraron que el componente de reciclaje no solo es una obligación ambiental, sino un activo autosostenible para el HDMI E.S.E.

5. **INDICADOR RF-GA-02: Eventos Adversos / Fallas en PGIRASA**

- **Desempeño Consolidado:** Integrado a las auditorías e inspecciones internas.

Análisis Anual Técnico: Las fallas en la segregación o recolección interna fueron abordadas operativamente a lo largo del año mediante 130 actas de seguimiento y control elaboradas por el equipo de apoyo (Técnicos e Ingenieros Ambientales). El levantamiento de actas garantizó el rigor probatorio para mitigar incidentes biológicos y reducir la ocurrencia de eventos adversos, consolidando un 100% de cumplimiento en las estrategias operativas trimestrales del Plan Operativo Anual (POA).

3.2.1.5. **Retos y oportunidades de mejora**

El Sistema de Gestión Ambiental continuará fortaleciendo las estrategias orientadas al uso eficiente de los recursos naturales, promoviendo acciones de sensibilización y control que contribuyan a la optimización del consumo de agua y energía.

3.2.2. INGENIERÍA BIOMÉDICA

3.2.2.1. Presentación

El área de Ingeniería Biomédica tiene como función principal velar por el adecuado funcionamiento, seguridad y disponibilidad de los equipos biomédicos utilizados en la atención de los pacientes dentro de la institución. Su labor es fundamental para garantizar que la tecnología médica opere de manera eficiente y confiable, contribuyendo así a la calidad y seguridad en la prestación de los servicios de salud.

Para cumplir con este objetivo, el área desarrolla diferentes actividades relacionadas con la gestión integral de los equipos biomédicos, entre las cuales se destacan el mantenimiento preventivo y el mantenimiento correctivo. El mantenimiento preventivo se realiza de manera periódica y planificada, con el propósito de revisar, ajustar, calibrar y verificar el estado de los equipos, permitiendo anticipar posibles fallas y prolongar su vida útil. Estas actividades se ejecutan siguiendo una programación previamente establecida que abarca los equipos asignados a cada uno de los servicios de la institución.

Por otra parte, el mantenimiento correctivo se lleva a cabo cuando se presenta alguna falla o mal funcionamiento en los equipos biomédicos. En estos casos, el área de Ingeniería Biomédica atiende de manera oportuna las solicitudes generadas por los diferentes servicios, realizando diagnósticos, reparaciones y pruebas necesarias para restablecer el funcionamiento adecuado de los equipos en el menor tiempo posible.

De esta manera, mediante la ejecución organizada de mantenimientos preventivos y la atención inmediata de requerimientos correctivos, el área de Ingeniería Biomédica contribuye a garantizar la continuidad de los procesos asistenciales, el uso seguro de la tecnología médica y el bienestar de los pacientes atendidos en la institución.

3.2.2.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

- Seguimiento a la ejecución de los cronogramas de mantenimiento preventivo de la totalidad de los equipos biomédicos de la institución, garantizando el cumplimiento de la normativa vigente. Estas actividades incluyen también los equipos ubicados en los Centros de Salud de Morelia, La Montañita y La Unión Peneya.
- Atención de mantenimientos correctivos, enmarcada en la respuesta a los reportes realizados por los diferentes servicios para la revisión, ajuste y

reparación de los equipos que presentan fallas. Estas solicitudes son atendidas por el profesional en ingeniería biomédica y/o electrónica, procurando brindar solución a la novedad en el menor tiempo posible.

- Garantizar la adecuada gestión documental del área, mediante la elaboración y actualización de las hojas de vida de los equipos, así como el mantenimiento actualizado del inventario de los equipos biomédicos existentes en la institución.
- Garantizar el cumplimiento de las normas de seguridad en el uso de los equipos biomédicos, incluyendo la capacitación al personal asistencial sobre su correcto uso y manejo.
- Mantener registro y control del historial de los equipos biomédicos, con el fin de llevar trazabilidad de los mantenimientos realizados, fallas presentadas y estado general de cada equipo.
- Apoyar los procesos de adquisición de tecnologías biomédicas, participando en la selección adecuada de los equipos, procurando que estos cumplan con las especificaciones técnicas requeridas y cuenten con las garantías necesarias para su correcto funcionamiento durante su vida útil.
- Diligenciar los indicadores de gestión de calidad, con el propósito de realizar seguimiento a la efectividad de las actividades desarrolladas en el área.
- Realizar seguimiento al cumplimiento de las rondas de seguridad diarias, con el fin de identificar de manera temprana posibles fallas en los equipos y atender oportunamente cualquier novedad.
- Apoyar de manera trimestral en el diligenciamiento del formulario de infraestructura – equipos, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 2193 de 2004.
- Apoyar en la elaboración, ejecución y supervisión del Plan de Mantenimiento Hospitalario, conforme a lo establecido en el Decreto 1769 de 1994 y sus reglamentaciones relacionadas con equipos biomédicos.
- Realizar seguimiento y elaboración del informe mensual de las actividades desarrolladas, a través del sistema de Mesa de Ayuda.
- Participar y apoyar en la formulación de proyectos de dotación biomédica, especialmente en la definición de las especificaciones técnicas de los equipos requeridos.
- Realizar la solicitud de materiales e insumos necesarios para el desarrollo de las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo.

3.2.2.3. Logros del proceso

- **Adquisición de equipos biomédicos:** Durante la vigencia 2025 se realizó la adquisición de diferentes equipos biomédicos con el fin de fortalecer la prestación de los servicios de salud, en respuesta a la ampliación de servicios y a las necesidades de renovación tecnológica de la institución.

Para este proceso el hospital destinó una inversión total de **\$813.339.583** en la compra de dotación biomédica. Esta inversión permitió incorporar nuevos equipos y reemplazar aquellos que habían cumplido su vida útil, contribuyendo a mejorar la calidad en la atención, optimizar los procesos asistenciales y garantizar mayores condiciones de seguridad para los pacientes.

De esta manera, la institución continúa fortaleciendo sus capacidades tecnológicas y operativas para asegurar la continuidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

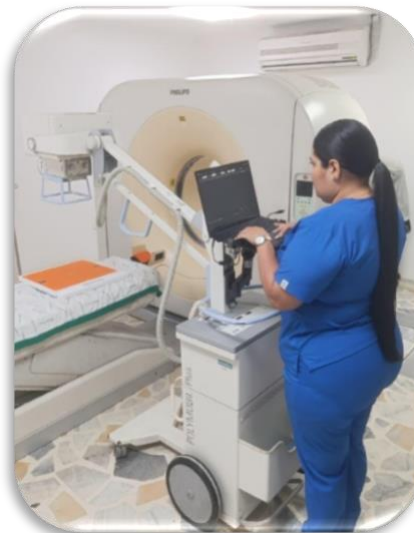
- **Resonancia Magnética:**

Máquina de Anestesia



- **Imagenología:**

Flat Panel



- Hospitalizaciones I, II, III, Expansión II, Pediatría, urgencias:

Monitores de signos vitales



- UCI Adulto:

Central de Monitoreo



- Adquisición de Mobiliario Hospitalario para ESE Hospital Departamental María Inmaculada

En alianza con la Gobernación del Caquetá, la ESE Hospital Departamental María Inmaculada realizó la adquisición de 117 equipos biomédicos y hospitalarios, con una inversión total de **\$2.445 millones**.

Esta inversión permitió fortalecer la capacidad de atención del hospital mediante la dotación de camas hospitalarias, camillas, camas cunas y atriles, elementos fundamentales para mejorar la calidad del servicio, la seguridad de los pacientes y las condiciones de trabajo del personal de salud.

Esta inversión contribuye al fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria, permitiendo mejorar la calidad de la atención y responder de manera más eficiente a las necesidades de la población atendida por la institución.

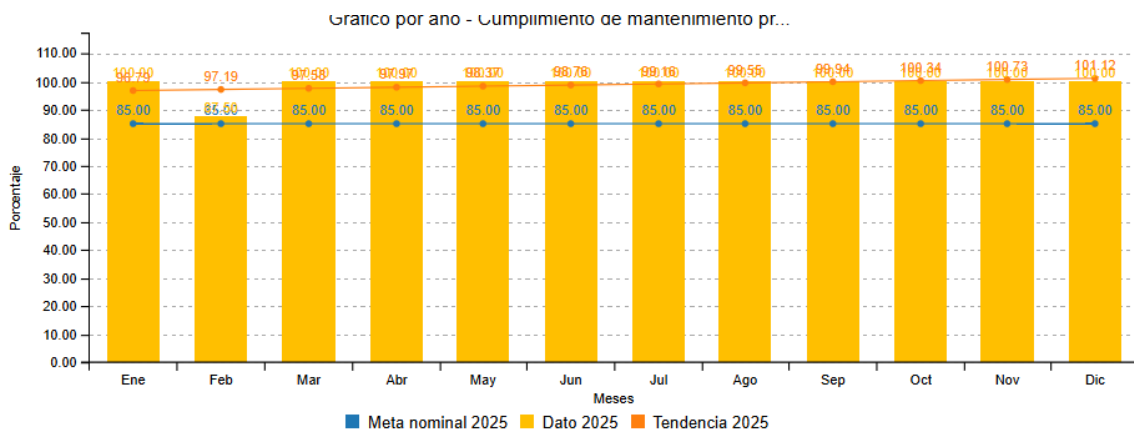
3.2.2.4. Metas o indicadores

- Cumplimiento de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos **RF-IB-13**
 - **Medición:** Porcentaje de la cantidad de servicios programados para Mantenimiento preventivo sobre los ejecutados
 - **Meta del indicador:** 85 %
 - **Importancia del indicador:** Este da el cumplimiento en la adherencia del cronograma de mantenimiento preventivos de equipos biomédicos de la institución.

Resultados

Valores capturados												
2025	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
	100,00	87,50	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Notas: Unidad de medición: Porcentaje



Análisis: Durante la vigencia 2025 se dio cumplimiento al cronograma de mantenimiento establecido por la institución, el cual busca garantizar el adecuado funcionamiento, seguridad y disponibilidad de los equipos hospitalarios.

Como se observa en la gráfica, en la mayoría de los meses se alcanzó una ejecución del 100% de las actividades programadas. Únicamente en el mes de febrero se presentó una ejecución del 87,5%. Sin embargo, este resultado no afecta el indicador, ya que se supera la meta nominal establecida del 85%. Por el contrario, demuestra que, aun cuando se presentan variaciones en la ejecución mensual, el desempeño se mantiene dentro de los parámetros aceptables establecidos por la institución.

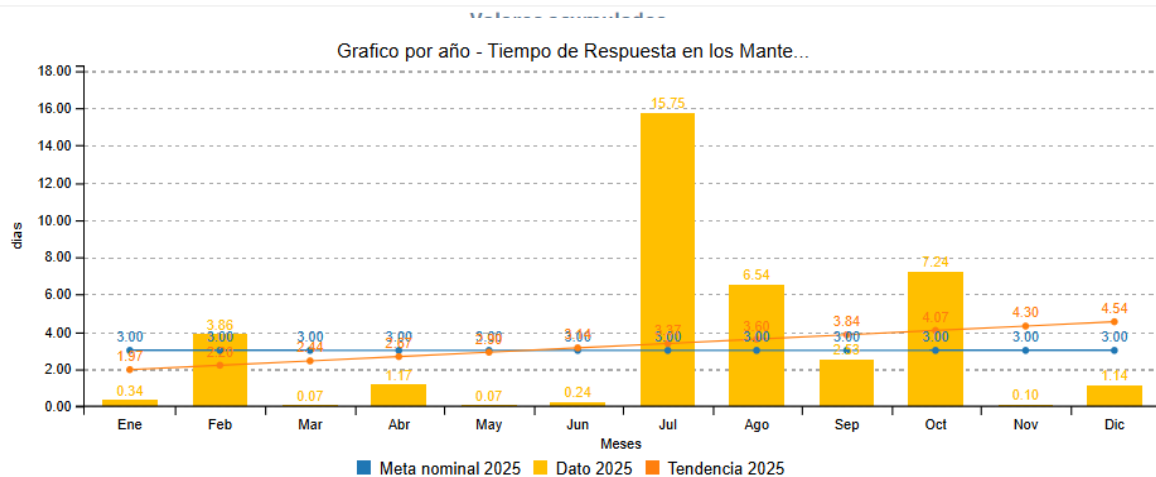
En este sentido, se evidencia el compromiso del área biomédica con el cumplimiento del plan de mantenimiento hospitalario institucional, contribuyendo al adecuado funcionamiento de los equipos y al fortalecimiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

- Tiempo de Respuesta en los Mantenimientos Correctivos de los Equipos Biomédicos **RF-IB-03**
 - **Medición:** Porcentaje de la cantidad de servicios programados para Mantenimiento preventivo sobre los ejecutados
 - **Meta del indicador:** 3.00 días.
 - **Importancia del indicador:** Este muestra el tiempo de respuesta a los mantenimientos correctivos de equipos biomédicos.

Resultados

Valores capturados												
↓	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2025	0,34	3,86	0,07	1,17	0,07	0,24	15,75	6,54	2,53	7,24	0,10	1,14

Notas: Unidad de medición: días



Análisis: Durante el año 2025, el indicador presenta un comportamiento variable, con meses de cumplimiento adecuado de la meta (≤ 3 días) y otros con incrementos significativos en el tiempo de respuesta, superando el valor objetivo establecido.

Durante el seguimiento del indicador Tiempo de Respuesta en los Mantenimientos Correctivos de Equipos Biomédicos, se identificaron variaciones en algunos meses del año, principalmente julio, agosto y octubre, donde se presentaron valores superiores a la meta establecida de 3,00 días. Estas variaciones se relacionan principalmente con la disponibilidad de repuestos, procesos de importación y algunos trámites administrativos necesarios para la reparación de los equipos.

Es importante destacar que, en algunos casos, la consecución de repuestos permitió la recuperación y puesta en funcionamiento de equipos que se encontraban fuera de servicio desde el año anterior, lo cual contribuye a mejorar la disponibilidad tecnológica y la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

3.2.2.5. Retos y oportunidades de mejora

Para la verificación de los diferentes equipos biomédicos, es necesario contar con dispositivos que permitan comprobar diversas variables y magnitudes. En el caso de los monitores de signos vitales, se requiere un simulador de paciente que facilite la evaluación de parámetros como la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno y la presión arterial. Este simulador debe ser capaz de realizar estas mediciones tanto de manera electrónica como mediante la toma manual, garantizando una validación integral de los equipos.

3.2.3. MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

3.2.3.1. Presentación

El presente informe tiene como objetivo presentar las actividades desarrolladas durante la vigencia 2025 del área de mantenimiento de infraestructura física hospitalaria, con el fin de garantizar el correcto funcionamiento, seguridad, y conservación de las instalaciones del hospital Departamental María Inmaculada, y en el cumplimiento con los indicadores institucionales, realizando seguimiento a la programación dada en los cronogramas de actividades, contempladas en el Plan de mantenimiento Hospitalario para el año 2025.

Para lograr los objetivos planteados en el Plan de mantenimiento Hospitalario y en el desarrollo de la ejecución, dependemos del buen funcionamiento y desempeño de cada uno de los colaboradores. En conocimiento de lo anterior el Hospital

AREA DE MANTENIMIENTO:

- Inspecciones periódicas en cubiertas, paredes, pisos y cielorrasos.
- Revisión y mantenimiento de puertas, chapas y cerraduras.
- Limpieza y mantenimiento de canales, bajantes y sistemas de drenaje pluvial.
- Verificación del estado de enchapes, pintura y elementos estructurales.
- Revisión, mantenimiento preventivo de sistema salidas eléctricas, sistemas iluminación, tableros eléctricos, gabinetes, subestación eléctrica, entre otros.
- Revisión, mantenimiento preventivo de equipos industriales: plantas eléctricas, electrobombas, compresores de aire comprimido, hidrowflow, Bomba de Vacío.
- Revisión, mantenimiento preventivo de Red de frío en PAI, todos los servicios del HDMI y sus centros Adscritos.
- Se realiza Control y seguimiento a las actividades ejecutadas mediante cronogramas según su especialidad, se realizará seguimiento por la auxiliar administrativa por la plataforma del HDMI por link <https://equiposhmi.hmi.gov.co/mantenimiento/servicios>, y se tendrá en cuenta para el seguimiento y evaluación de desempeño.

además, se realizaron Adecuaciones Menores mediante contratos de obra.

CONTRATO DE OBRA 01178 DE 2025

El presente contrato se realizó para mantenimiento de las instalaciones de la oficina de mantenimiento, mejorando los espacios para el personal administrativo, por otro lado, se atendieron requerimientos del servicio de unidad mental, concerniente a brindar habitaciones seguras y evitar la fuga de los pacientes. Este es un proceso que se encuentra terminado.

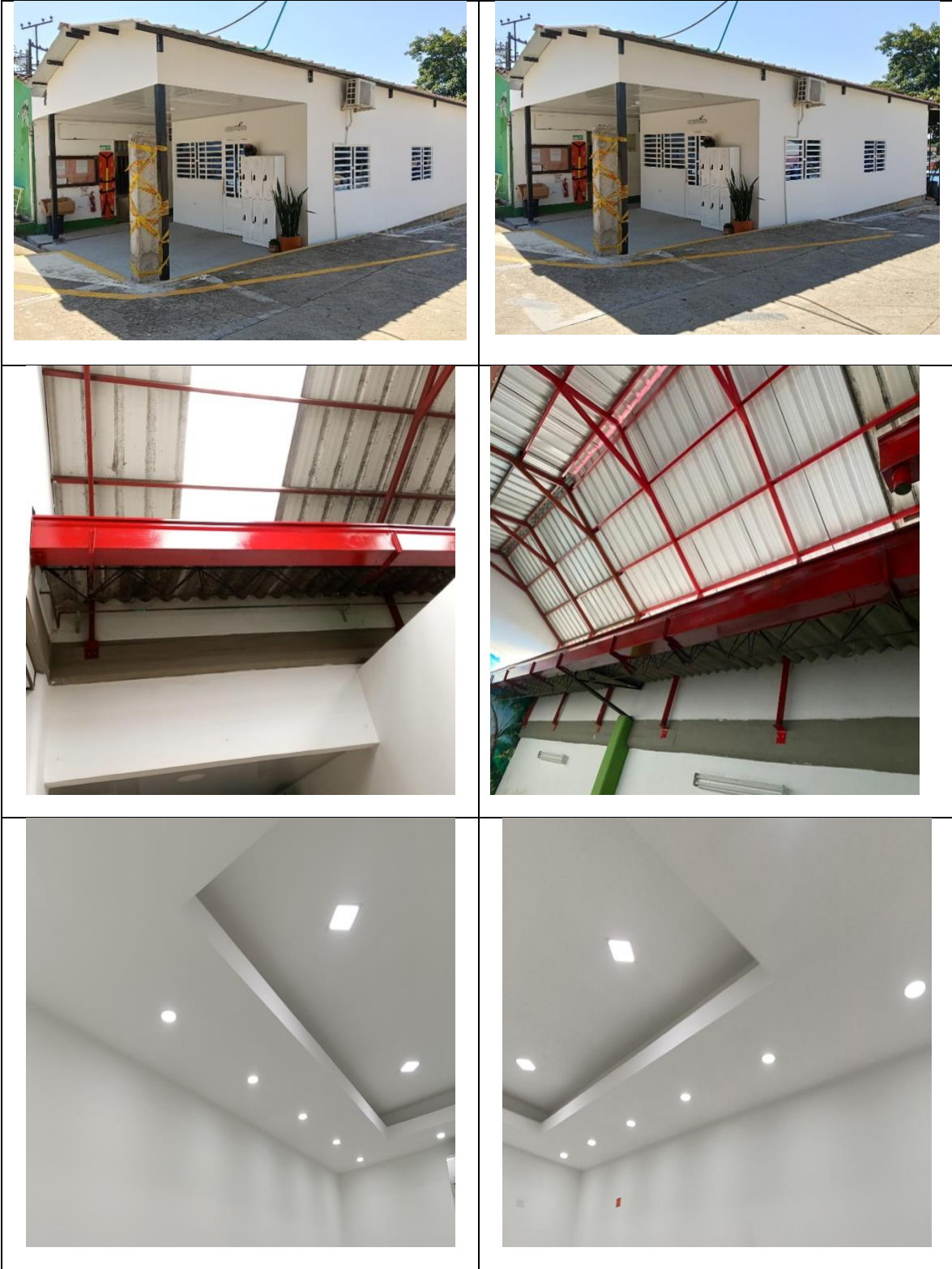
El desarrollo del presente contrato generó un impacto positivo en el funcionamiento institucional del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, al permitir el mejoramiento de las instalaciones de la oficina de mantenimiento, optimizando las condiciones físicas y funcionales para el desempeño del personal administrativo encargado de la gestión y seguimiento de las actividades operativas del hospital. Estas adecuaciones contribuyen a una mayor eficiencia en la organización y ejecución de los procesos internos relacionados con el mantenimiento de la infraestructura hospitalaria.

De igual manera, el contrato permitió atender requerimientos específicos del servicio de la unidad de salud mental, mediante la adecuación de habitaciones con condiciones de seguridad reforzadas, orientadas a proteger la integridad de los pacientes y prevenir situaciones de fuga o riesgo. Estas intervenciones fortalecen los protocolos de atención y cuidado en este servicio, garantizando espacios más seguros tanto para los usuarios como para el personal asistencial.

En este sentido, la ejecución y culminación de las actividades contempladas en el contrato contribuyen al mejoramiento de la infraestructura hospitalaria, al fortalecimiento de las condiciones de seguridad en áreas sensibles y al adecuado funcionamiento de los servicios, impactando de manera favorable la calidad de la atención prestada por el hospital.

- **REGISTRO FOTOGRAFICO**





CONTRATO DE OBRA 01234 DE 2025

Se realizaron actividades de mantenimiento en cuanto a acabados, cielo raso, iluminación y redes eléctricas en el bien tomado en arrendamiento ubicado en la calle 18 # 7-25, destinado para el funcionamiento de áreas administrativas, tales como mejoramiento continuo, costos, seguridad y en el trabajo, auditorías cuentas médicas, control interno, control interno disciplinario, contratación, aportes patronales, estadística y jurídica. Proceso que se encuentra terminado.

Las actividades de mantenimiento realizadas en el inmueble tomado en arrendamiento, consistentes en mejoramiento de acabados, adecuación de cielo raso, optimización de la iluminación y mantenimiento de las redes eléctricas, generan un impacto positivo en el funcionamiento administrativo del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., al garantizar espacios de trabajo más seguros, funcionales y adecuados para el desarrollo de las labores institucionales.

Estas intervenciones permiten mejorar las condiciones locativas del inmueble destinado al funcionamiento de áreas administrativas como mejoramiento continuo, costos, seguridad y salud en el trabajo, auditoría de cuentas médicas, control interno, control interno disciplinario, contratación, aportes patronales, estadística y jurídica, contribuyendo al fortalecimiento de los procesos de gestión, control y seguimiento institucional.

Asimismo, el mejoramiento de las condiciones físicas y eléctricas del espacio favorece la seguridad del personal, optimiza el ambiente laboral y asegura la continuidad en la prestación de los servicios administrativos que soportan la operación hospitalaria, lo cual redundará en una mayor eficiencia organizacional y en el fortalecimiento de la gestión institucional del hospital.

- **REGISTRO FOTOGRAFICO**





CONTRATO 00806 DE 2025

Se realizó mantenimiento general de la instalaciones físicas y eléctricas tales como (reposición de sanitario, pintura, estuco, iluminación, mantenimiento de piso en tableta alpha, instalación de puertas, ventanas, reposición de duchas) del servicio de internación II del hospital departamental maría inmaculada ese.

El mantenimiento general realizado en las instalaciones físicas y eléctricas del servicio de Internación II del Hospital Departamental María Inmaculada ESE genera un impacto positivo significativo en la prestación de los servicios de salud y en las condiciones de funcionamiento del área intervenida.

En primer lugar, las actividades ejecutadas, tales como la reposición de sanitarios, duchas y el mantenimiento de las redes eléctricas e iluminación, contribuyen a mejorar las condiciones de salubridad, higiene y seguridad tanto para los pacientes como para el personal asistencial. Esto permite garantizar ambientes hospitalarios adecuados, reduciendo riesgos sanitarios y fortaleciendo el cumplimiento de los estándares mínimos exigidos para la atención en servicios de hospitalización.

De igual manera, las labores de pintura, estuco, mantenimiento del piso en tableta alfa, e instalación de puertas y ventanas permiten recuperar y conservar la infraestructura física del área de Internación II, prolongando la vida útil de los elementos constructivos y mejorando las condiciones de habitabilidad, confort y funcionalidad de los espacios destinados a la atención de pacientes.

Finalmente, estas intervenciones permiten optimizar la operación del servicio de internación, brindando espacios más dignos, seguros y adecuados para la recuperación de los usuarios, lo cual se traduce en un fortalecimiento de la calidad del servicio prestado por el Hospital Departamental María Inmaculada ESE y en una mejora en la percepción de los usuarios frente a la atención recibida.

- **REGISTRO FOTOGRAFICO**



CONTRATO 02034 DE 2025

Se realizaron actividades de pinturas de muros, mantenimiento de cubiertas, cielo raso; para dar cumplimiento al cronograma de mantenimiento de infraestructura de los diferentes servicios del hospital departamental maria inmaculada ese.

Las actividades de pintura de muros, mantenimiento de cubiertas y cielo raso, ejecutadas en cumplimiento del cronograma de mantenimiento de infraestructura de los diferentes servicios del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, generan un impacto positivo tanto en el funcionamiento institucional como en la calidad de la atención prestada a los usuarios.

En primer lugar, estas intervenciones contribuyen al mejoramiento de las condiciones físicas y estéticas de las áreas hospitalarias, permitiendo contar con espacios más adecuados, seguros y agradables para pacientes, acompañantes y personal asistencial. La pintura de muros ayuda a conservar las superficies, facilita las labores de limpieza y desinfección, y mejora la presentación general de los servicios.

Por otra parte, el mantenimiento de cubiertas permite prevenir filtraciones de agua, deterioro estructural y afectaciones a equipos médicos o mobiliario hospitalario, garantizando condiciones adecuadas de protección frente a factores climáticos. De igual forma, el mantenimiento del cielo raso contribuye a mantener la correcta ventilación, iluminación y seguridad en las áreas intervenidas, evitando desprendimientos o deterioros que puedan representar riesgos para los usuarios.

Finalmente, estas acciones fortalecen la gestión preventiva del mantenimiento de la infraestructura hospitalaria, prolongando la vida útil de los elementos constructivos y asegurando la continuidad en la prestación de los servicios de salud en condiciones dignas, seguras y acordes con los estándares de calidad requeridos para la atención hospitalaria.

• REGISTRO FOTOGRAFICO



CONTRATO 00848 DE 2025

Se realizó mantenimiento a las instalaciones de servicio de alimentación para subsanar hallazgos registrados en acta levantada por la secretaria de salud departamental, en visita realizada el día 12 de diciembre de 2024.

El mantenimiento realizado en las instalaciones del servicio de alimentación del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. permitió subsanar los hallazgos identificados por la Secretaría de Salud Departamental del Caquetá durante la visita de inspección efectuada el 12 de diciembre de 2024.

Estas intervenciones contribuyen de manera significativa al mejoramiento de las condiciones sanitarias, funcionales y operativas del área de preparación y suministro de alimentos, garantizando el cumplimiento de los lineamientos de calidad e inocuidad exigidos por la normatividad sanitaria vigente. Asimismo, el mantenimiento fortalece la prestación del servicio de alimentación hospitalaria, asegurando espacios adecuados para la manipulación de alimentos, reduciendo riesgos de contaminación y favoreciendo la seguridad alimentaria de pacientes, personal asistencial y usuarios del hospital.

De igual manera, estas acciones permiten al hospital avanzar en el cierre de hallazgos y en el cumplimiento de los requerimientos realizados por la autoridad sanitaria, lo cual impacta positivamente en los procesos de inspección, vigilancia y control, y en la mejora continua de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

- **REGISTRO FOTOGRAFICO**







CONTRATO 02325 DE 2025

Se inició la adecuación menor de infraestructura física del puesto de salud de la vereda Agua Caliente de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E localizado en el municipio de Morelia departamento del Caquetá.

El inicio de la adecuación menor de la infraestructura física del puesto de salud de la vereda Agua Caliente, ubicado en el municipio de Morelia, representa un avance significativo en el fortalecimiento de la red de prestación de servicios de la Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.. Esta intervención contribuye al mejoramiento de las condiciones locativas del establecimiento de salud, permitiendo garantizar espacios más seguros, funcionales y adecuados para la atención de los usuarios.

Asimismo, esta adecuación favorece el cumplimiento de los estándares mínimos de habilitación en infraestructura establecidos para los servicios de salud, optimizando la capacidad operativa del puesto de salud y mejorando la calidad en la prestación de los servicios de atención primaria. De igual manera, fortalece la presencia institucional del hospital en las zonas rurales del departamento de Caquetá, facilitando el acceso oportuno a los servicios de salud para la población de la vereda Agua Caliente y sectores aledaños.

En consecuencia, esta intervención impacta positivamente en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la mejora en las condiciones de atención para la comunidad, contribuyendo al cumplimiento de la misión institucional del hospital y al fortalecimiento del sistema de salud en el territorio.

- **REGISTRO FOTOGRAFICO**





CONTRATO 02493 DE 2025

En este proceso al corte de 2025, se realizó el cambio de cubierta de UCI adultos, es un proceso que se encuentra en ejecución, donde se tiene pendiente la intervención de las adecuaciones de almacén, referencia y contrarreferencia.

La ejecución del cambio de cubierta y mejoramiento del espacio físico en el área de UCI adultos contribuye significativamente a mejorar las condiciones físicas y

ambientales del servicio, garantizando mayor protección frente a filtraciones, humedad y deterioro estructural que puedan afectar el adecuado funcionamiento de los equipos biomédicos y la seguridad de pacientes y personal asistencial. Esta intervención favorece el cumplimiento de condiciones de habilitación y estándares de calidad en la prestación de servicios de alta complejidad.

Asimismo, el avance de este proceso evidencia el fortalecimiento progresivo de la infraestructura hospitalaria; no obstante, al corte de 2025 se encuentran pendientes las adecuaciones correspondientes a las áreas de almacén, referencia y contrarreferencia, espacios que resultan fundamentales para el correcto funcionamiento logístico y administrativo del hospital. Una vez culminadas estas intervenciones, se espera optimizar los procesos internos de gestión de insumos, coordinación de remisiones y articulación entre niveles de atención, lo cual redundará en una mayor eficiencia operativa y una mejor atención a los usuarios del sistema de salud.

En términos generales, estas obras impactan positivamente en la seguridad, funcionalidad y calidad del servicio hospitalario, fortaleciendo la capacidad institucional del hospital para responder a las necesidades de atención en salud del departamento.

- **REGISTRO FOTOGRAFICO**







CONTRATO 02493 DE 2025

En este proceso en la vigencia 2025, se realizó el traslado del Tanque Criogénico LO₂, es un proceso que se ejecutó, como cumplimiento a la ejecución de la etapa II del **“PLAN DE CONTINGENCIA DEL PROYECTO CONSTRUCCION, REMODELACION Y ADECUACION DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE DEL MUNICIPIO DE FLORENCIA CAQUETÀ”**, aprobado por el Sistema Integrado de Gestión mediante el documento RF-PI-07 de fecha 04-04-2025, debido a que se encontraba en área que debía entregarse al contratista de obra del del proyecto **“CONSTRUCCION, REMODELACION Y ADECUACION DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE DEL MUNICIPIO DE FLORENCIA CAQUETÀ”**.

Durante el periodo evaluado, se efectuó el traslado del tanque criogénico de LO₂ con el objetivo de liberar el área de intervención, permitiendo que las actividades de la obra continuaran según la programación establecida. Esta acción fue necesaria para garantizar la seguridad del personal y el cumplimiento de los protocolos operativos, evitando interrupciones en el cronograma general de la obra. Adicionalmente, el traslado contribuyó a optimizar la coordinación entre los distintos frentes de trabajo, asegurando que las labores planificadas se desarrollaran de manera eficiente y dentro de los plazos previstos.

- **REGISTRO FOTOGRAFICO**





3.2.3.3. Logros del proceso

Al corte de la vigencia 2025, el proceso de mantenimiento hospitalario ha desarrollado diversas actividades orientadas al mejoramiento de la infraestructura y al fortalecimiento de las condiciones de funcionamiento de los diferentes servicios institucionales. Dentro de los principales logros se destaca el cambio de la cubierta del área de UCI Adultos, actividad que actualmente se encuentra en ejecución y que permitirá mejorar las condiciones de seguridad, protección y operatividad del servicio. Como parte de este proceso, se encuentra pendiente la intervención de las adecuaciones en las áreas de almacén, referencia y contrarreferencia.

De igual manera, se dio inicio a la adecuación menor de la infraestructura física del puesto de salud de la vereda Agua Caliente, perteneciente a la Empresa Social del Estado Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., ubicado en el municipio de Morelia, departamento del Caquetá, con el propósito de mejorar las condiciones de atención para la comunidad de esta zona rural.

Adicionalmente, se realizaron actividades de mantenimiento en las instalaciones del servicio de alimentación, así como jornadas de pintura de muros, mantenimiento de cubiertas y cielo raso, en cumplimiento del cronograma de

mantenimiento de infraestructura de los diferentes servicios del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

Estas intervenciones impactan positivamente en la seguridad, funcionalidad y calidad del servicio hospitalario, fortaleciendo la capacidad institucional del hospital para responder de manera oportuna y eficiente a las necesidades de atención en salud de la población del departamento del Caquetá.

3.2.3.4. Metas o indicadores

INDICADORES	CUMPLIMIENTO DE METAS	POSIBLES VARIACIONES
<p>[RF-MH-05] Disponibilidad del parque automotor (ambulancias y vehículos de servicio administrativo) en el aplicativo DARUMA.</p>	<p>Para este indicador se obtuvo un resultado promedio de 73,80 % en la vigencia 2025.</p>	<p>El indicador presentó una variación en su cumplimiento debido a que, durante la ejecución de algunos mantenimientos correctivos, fue necesario gestionar la adquisición de repuestos originales de importación. Esta situación generó una extensión en los tiempos de entrega de los componentes requeridos, lo cual incidió temporalmente en la disponibilidad operativa de algunos vehículos, hasta tanto se culminarán las intervenciones de mantenimiento correspondientes.</p>
<p>[RF-MH-16] Porcentaje de Cumplimiento en los programas de mantenimiento de los vehículos.</p>	<p>Para este indicador se obtuvo un resultado por debajo de la meta establecida para la vigencia 2025.</p>	<p>El resultado obtenido evidencia un cumplimiento parcial de las actividades contempladas en el plan de mantenimiento de los vehículos institucionales durante el periodo evaluado. Esta situación se presentó debido a que algunos vehículos permanecieron temporalmente fuera de operación, a la espera de la adquisición y entrega de repuestos originales requeridos para la ejecución de los</p>

INDICADORES	CUMPLIMIENTO DE METAS	POSIBLES VARIACIONES
		mantenimientos correspondientes, lo cual incidió en la programación y oportunidad de las intervenciones previstas.
RF-MH-06] Porcentaje de presupuesto ejecutado en el plan de mantenimiento hospitalario de la vigencia 2025.	Para la correspondiente vigencia 2025, superó el 80% de ejecución de lo proyectado en el plan establecido para la vigencia 2025.	Este resultado evidencia un adecuado avance en la ejecución de los recursos destinados a las actividades de mantenimiento hospitalario, permitiendo el desarrollo de las intervenciones programadas, y nuevas adecuaciones en los diferentes servicios, para garantizar el adecuado funcionamiento de la infraestructura y los equipos de la institución.
[RF-MH-15] Inspecciones diarias pre-operacionales de la vigencia 2025.	Para este indicador de inspecciones preoperacionales, se obtuvo un promedio de 82% ya que se requiere la presencia física de los vehículos.	Esta situación se presentó debido a que algunos vehículos se encontraban en taller por mantenimientos correctivos, por lo que no estaban disponibles para la realización de las inspecciones preoperacionales programadas, lo que afectó el cumplimiento del indicador durante el periodo evaluado.
[RF-MH-17] Multas y Sanciones a Conductores a la vigencia 2025.	Este resultado se considera satisfactorio, alcanzando un 100 % de cumplimiento , de acuerdo con las consultas realizadas en la página del SIMIT a cada uno de los conductores registrados en la institución.	De acuerdo con dichas verificaciones, ninguno de los conductores presento comparendos ni multas registradas en el Sistema Integrado de Información sobre Multas y Sanciones por Infracciones de Tránsito (SIMIT) , lo que evidencia el cumplimiento de las normas de

INDICADORES	CUMPLIMIENTO DE METAS	POSIBLES VARIACIONES
		tránsito y el adecuado comportamiento vial por parte del personal encargado de la conducción de los vehículos institucionales.
[RF-MH-20] Porcentaje Exceso Jornadas Laborales 2025.	Para la vigencia 2025, el indicador de exceso de jornadas laborales presentó un resultado entre 1% al 4% , evidenciándose un nivel bajo frente a la operación del servicio de transporte institucional.	Durante el periodo evaluado no se presentaron excesos significativos en los viajes misionales. Las variaciones registradas se relacionan principalmente con situaciones como vehículos fuera de servicio por mantenimiento y periodos de vacaciones del personal. Asimismo, algunas horas adicionales requeridas para la operación fueron cubiertas por un conductor contratista , lo que permitió garantizar la continuidad del servicio sin generar sobrecarga significativa en el personal de planta.

3.2.3.5. Retos y oportunidades de mejora

Durante la vigencia 2025, el proceso de mantenimiento hospitalario presentó diversos desafíos relacionados con la ejecución de las actividades programadas y la disponibilidad de algunos recursos necesarios para garantizar la continuidad de los servicios institucionales. En el **plan de mantenimiento de infraestructura** se obtuvo un porcentaje promedio de ejecución del **76,99%**, resultado que evidencia un adecuado avance en la utilización de los recursos destinados a las actividades de mantenimiento hospitalario.

Este nivel de ejecución permitió el desarrollo de las intervenciones programadas y la realización de nuevas adecuaciones en diferentes servicios de la institución, contribuyendo a garantizar el adecuado funcionamiento de la infraestructura física y de los equipos institucionales. No obstante, aún se identifican oportunidades de

mejora orientadas a fortalecer la planeación, seguimiento y ejecución de las actividades contempladas en el plan de mantenimiento.

Por otra parte, uno de los desafíos presentados durante el periodo evaluado estuvo relacionado con algunos **mantenimientos correctivos del parque automotor institucional**, en los cuales fue necesario realizar la adquisición de **repuestos originales de importación**. Esta situación generó demoras en los tiempos de entrega de dichos repuestos, lo que impactó temporalmente la disponibilidad de algunos vehículos para el cumplimiento de las actividades institucionales.

Como oportunidades de mejora para el próximo periodo, se propone **fortalecer los procesos de planificación y seguimiento del plan de mantenimiento**, optimizar los tiempos de gestión para la adquisición de repuestos y materiales, y continuar priorizando las intervenciones en las áreas críticas de la institución. Asimismo, se recomienda mantener el monitoreo permanente del estado de la infraestructura y del parque automotor, con el fin de anticipar necesidades de mantenimiento y garantizar la continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.

3.3. GESTIÓN FINANCIERA

1. Presupuesto de Ingresos 2025

Durante la vigencia 2025, el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., registró un presupuesto inicial de \$162.123.883.021. el cual presentó adiciones por valor de \$149.768.723.024., alcanzando un presupuesto definitivo de \$311.892.606.045. Esto significa que el presupuesto de la vigencia 2025 obtuvo un incremento del 192% aproximadamente respecto a la vigencia 2024.

El reconocimiento de ingresos alcanzó el 115% del presupuesto, evidenciando una generación de ingresos superior a la proyectada.

El recaudo efectivo corresponde al 71% del reconocimiento de ingresos, lo que indica que una parte importante de los ingresos, es decir, el 29%, aún se encuentra en proceso de cobro.

La estructura de los ingresos evidencia que la principal fuente de financiación corresponde a la venta de servicios de salud durante la vigencia, seguida de la disponibilidad inicial y la recuperación de cartera.

Esto demuestra una alta dependencia de la facturación por la prestación de servicios de salud, así como del recaudo efectivo de las cuentas por cobrar.

CONCEPTO	PPTO INICIAL	ADICION	PTTO DEFINITIVO	% part.	RECONOC.	% Rec.	RECAUDO	%
Dispo Inicial		94.121.676.231	94.121.676.231	30	94.121.676.231	100	94.121.676.231	100

CONCEPTO	PPTO INICIAL	ADICION	PTTO DEFINITIVO	% part.	RECONOC.	% Rec.	RECAUDO	%
Venta Vigencia Actual	150.088.357.949	0	150.088.357.949	48	168.750.989.957	112	66.445.556.293	39
recuperación De Cartera	11.235.525.072	39.285.615.548	50.521.140.620	16	68.019.875.708	135	68.019.875.708	100
Otros Ingresos Corrientes	800.000.000	0	800.000.000	0	9.105.295.451	1.138	9.079.162.098	100
Transferencia de la Nación	0	11.033.033.923	11.033.033.923	4	11.033.033.923	100	11.033.033.923	100
Otras Unidades de Gobierno		5.328.397.321	5.328.397.321	2	5.683.644.617	107	5.344.938.984	94
Ingresos Capital	0	0	0		424.200.370	100	424.200.370	100
TOTAL	162.123.883.021	149.768.723.024	311.892.606.045	100	357.138.716.256	115	254.468.443.606	71

Fuente. Ejecución de ingresos de 2025. Informe SIHO/2193/2004

La ejecución presupuestal de ingresos en la vigencia 2025, presenta un comportamiento favorable, alcanzando un nivel de reconocimiento en un 15% superior al presupuesto definitivo aprobado. Se destaca especialmente la eficiencia en la recuperación de cartera, la cual superó en un 35% las metas aprobadas presupuestalmente.

No obstante, se evidencia una brecha significativa del 29% entre el reconocimiento y el recaudo de los ingresos generados durante la vigencia, lo cual puede generar presiones sobre la liquidez institucional y afectar la capacidad para cumplir oportunamente con los compromisos adquiridos. En este sentido, se vienen fortaleciendo las estrategias de gestión de cobro de cartera y seguimiento a pagos por parte de las entidades responsables.

1.2 Comparativo Ejecución del presupuesto de Ingresos 2024-2025

VIGENCIA	PRESUPUESTO DEFINITIVO	% CREC.	EJECUTADO RECONOCIDO	% EJEC.	TOTAL, RECAUDO	% REC.
2025	311.892.606.045	15	357.138.716.256	18	254.468.443.606	17
2024	270.238.761.403		302.267.132.675		218.411.190.125	

Fuente. Ejecución de ingresos de 2024/2025. Informe SIHO/2193/2004

El análisis comparativo entre las vigencias 2024 y 2025 evidencia un crecimiento sostenido en la generación de recursos institucionales y una mejora significativa en la eficiencia de la ejecución presupuestal. Esto se refleja en un incremento del 15% en el presupuesto definitivo, un aumento del 18% en el total reconocido y un crecimiento del 17% en el recaudo frente al total reconocido, lo cual contribuye a fortalecer la liquidez de la entidad.

Si bien el reconocimiento de ingresos presenta un crecimiento moderado, la mejora en la gestión de cobro ha permitido optimizar el flujo de recursos. En este sentido se hace necesario continuar fortaleciendo los procesos de facturación, auditoría de cuentas médicas y el seguimiento a la gestión de cobro de cartera, con el fin de mantener la tendencia positiva en el recaudo.

Se destaca , además, que durante la vigencia 2025 el reconocimiento de ingresos supera el presupuesto aprobado, lo cual refleja una dinámica favorable en la generación de ingresos institucionales.

1.3 Comparativo Detallado / Ejecución de Ingresos 2024/2025

RECONOCIMIENTO			
CONCEPTO	EJECUTADO 2024	EJECUTADO 2025	% VARIACIÓN
VENTA DE SERVICIOS	151.939	168.751	11
TRANSFERENCIAS NACIÓN	96.109	11.033	-89
OTROS INGRESOS	5.713	109.335	1814
RECUPERACIÓN CARTERA/	48.506	68.020	40
TOTAL, EJECUTADO/INCLUIDO RECUPERACIÓN DE CARTERA	302.267	357.139	18
RECAUDO			
RECAUDO VENTA DE SERVICIOS	68.086	66.446	-2
RECAUDO RECUPERACIÓN DE CARTERA	48.506	68.020	40
OTROS RECAUDOS	101.819	120.003	18
TOTAL RECAUDO	218.411	254.469	17

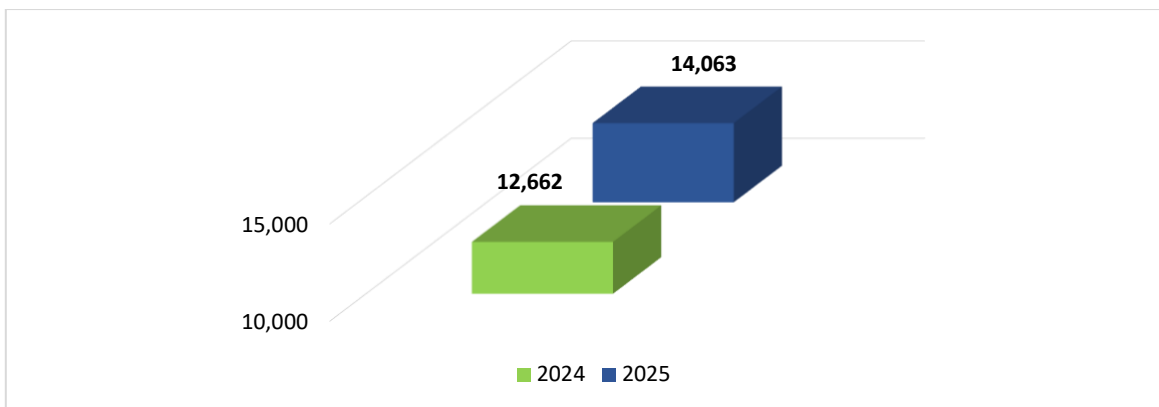
Fuente. Ejecución de ingresos de 2024/2025. Informe SIHO/2193/2004

El incremento en la venta de servicios y en otros ingresos refleja una tendencia positiva hacia el fortalecimiento de la generación de recursos propios, lo cual contribuye a mejorar la sostenibilidad financiera de la entidad.

El crecimiento del 40% en la recuperación de cartera evidencia avances en la gestión financiera y administrativa, impactando positivamente tanto el reconocimiento de ingresos como el flujo de recaudo.

De igual manera, El aumento del 17% en el recaudo total demuestra una mayor eficiencia en la gestión de ingresos y en los mecanismos de cobro, lo cual fortalece la liquidez de la E.S.E.

1.4 Comparativo cantidad de Facturas de Ventas de Servicios de Salud.



Durante la vigencia 2025 se evidencia un incremento en la cantidad de facturas generadas frente al año 2024. La facturación pasó de un promedio mensual de 12.662 facturas en 2024 a 14.063 en 2025, lo que representa un crecimiento absoluto de 1.401 y una variación positiva aproximada del 11%. Este comportamiento refleja una mayor generación de servicios facturados durante el periodo, lo cual puede estar asociado a:

- Incremento en la demanda de los servicios prestados.
- Mejora en los procesos de registro y facturación.
- Mayor cobertura o volumen de prestación de servicios.

Desde una perspectiva financiera, este crecimiento es consistente con el aumento observado en el reconocimiento por venta de servicios, lo que evidencia una dinámica favorable en la actividad operativa de la Entidad.

2. Presupuesto de Gastos 2025

El presupuesto inicial aprobado ascendió a \$162.123.883.021, el cual fue objeto de adiciones presupuestales por \$149.768.723.024, generando un presupuesto definitivo de \$311.892.606.045. Esto representa un incremento del 92 % frente al presupuesto inicial, reflejando una ampliación significativa de los recursos disponibles para la vigencia.

CONCEPTO	Presupuesto Inicial	ADICIÓN	Presupuesto Definitivo	% Partic.	Presupuesto Ejecutado	% Ejec.
Funcionamiento	57.865.470.232	11.379.231.638	69.244.701.870	22	58.364.488.138	84
Servicio de la Deuda	0	\$ 0,00		0	0	
Inversión	2.100.000.000	92.436.500.357	94.536.500.357	30	28.236.083.207	30
Gastos d Operación Comercial	102.158.412.789	45.952.991.028	148.111.403.817	48	132.830.312.219	90
TOTAL GASTOS	162.123.883.021	149.768.723.024	311.892.606.045	100	219.430.883.564	70

A 31 de diciembre de 2025, el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., registra un Presupuesto de Gastos Ejecutado de \$219.430.883.564, equivalente a un 70 % del presupuesto definitivo.

- Los Gastos de Operación Comercial representan el 48% de participación del presupuesto total y presentan una ejecución del 90%, consolidándose como el rubro con mayor participación y mayor nivel de ejecución.
- La Inversión representa el 30% de participación del presupuesto total, pero registra una ejecución del 30% respecto al presupuesto definitivo, lo que evidencia un rezago importante frente al nivel esperado de ejecución de los proyectos.
- Los Gastos de Funcionamiento representa el 22% de participación del presupuesto total y refleja una ejecución del 84%, evidenciando un comportamiento adecuado en el cumplimiento de las obligaciones administrativas y operativas.
- Servicio de la deuda no registra apropiación ni ejecución durante la vigencia analizada, lo cual resulta favorable para la Entidad.

En términos generales, la ejecución Presupuestal de Gastos refleja un desempeño favorable en los rubros de Funcionamiento y de Operación Comercial, mientras que el componente de Inversión presenta un nivel de ejecución inferior, situación asociada principalmente a los cronogramas de ejecución de los proyectos de infraestructura hospitalaria.

2.1 Gastos Ejecutados Comparativo 2024-2025

VIGENCIA	PRESUPUESTO DEFINITIVO	% CREC.	EJECUTADO	% Gastos Ejecutados
2025	311.892.606.045	15	219.430.883.563	70
2024	270.238.761.403		151.942.527.483	56

Fuente. Ejecución de Gastos 2024/2025 Informe SIHO/2193/2004

En la vigencia 2025 se evidencia un incremento del 15% en el presupuesto definitivo de gastos frente a la vigencia 2024, acompañado de un mayor volumen de recursos ejecutados en términos absolutos. Este crecimiento refleja una mayor disponibilidad de recursos para el desarrollo de actividades relacionadas con la prestación de servicios de salud, el fortalecimiento operativo y la ejecución de proyectos.

El análisis comparativo entre las vigencias 2024 y 2025 evidencia un incremento significativo tanto en el monto ejecutado como en el nivel de ejecución presupuestal, el cual pasa de 56% a 70%. Este comportamiento refleja un fortalecimiento en la gestión financiera y de la capacidad institucional para ejecutar los recursos disponibles, contribuyendo al cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos de la entidad.

3. Cuentas Por pagar a 31 diciembre de 2025

CONCEPTO	ESTADO DE CUENTAS POR PAGAR (millones de pesos)							%
	0-30	31-60	61-90	91-120	121-180	MAS 180	TOTAL	
NOMINA SERVIDORES PUBLICOS		0	0	0	0	0	0	0
SEGURIDAD SOCIAL Y DESCUENTOS DE NOMINA	4.463						4.463	13
CONTRATISTAS (ESPECIALISTAS, MEDICOS, ENFERMERAS, AUXILIARES Y OTROS)	4.241	2.856	1.208				8.305	25
SENTENCIAS Y CONCILIACIONES							0	0
RETENCIONES Y CONTRIBUCIONES	1.903						1.903	6
PROVEEDORES Y OTROS	11.295	1.713	1.437	1.434	2.242	858	18.979	56
TOTAL	21.902	4.569	2.645	1.434	2.242	858	33.650	100
%	65	14	8	4	7	2	100	

A 31 de Diciembre de 2025, el saldo total de cuentas por pagar asciende a \$33.650 millones de pesos, donde el concepto con mayor participación es el de Proveedores que representan el 56%, seguido de Contratistas que representan el 25%. El análisis de antigüedad evidencia que el 79% de las obligaciones se encuentra dentro de los primeros 60 días, lo que indica una adecuada gestión de pagos y control sobre las obligaciones financieras.

En términos generales, el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E, presenta un manejo razonable de sus obligaciones corrientes, aunque es necesario mantener control y seguimiento a los saldos con mayor antigüedad especialmente a los compromisos con proveedores estratégicos.

Las cuentas por pagar pasaron de \$30.081 millones en la vigencia 2024 a \$33.650 millones en 2025, registrando un incremento de \$3.569 millones equivalente a un 11,9%. Este comportamiento se asocia al mayor nivel de operación y ejecución del gasto durante la vigencia así como a retrasos en el cumplimiento de pagos por parte de las Entidades Responsables de Pago.

4. Estado de las Cuentas Por Cobrar/ Cartera /2025

El Hospital Departamental María Inmaculada presenta una cartera a 31 de diciembre de 2025, por valor de \$175.476.222.356 de los cuales el valor de **\$15.326.515.822**, corresponden a entidades en liquidación y se encuentran dentro de la cartera mayor al 360 día.

4.1 Cartera por Edades a 31 de Diciembre de 2025

REGIMEN	Hasta 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Mayor 360 días	Total Cartera Radicada	%

CONTRIBUTIVO	3.425.807.964	1.364.118.315	4.738.975.029	3.657.500.909	11.611.199.542	24.797.601.759	14%
SUBSIDIADO	25.181.229.778	9.630.900.462	25.875.721.761	22.317.431.531	29.836.081.064	112.841.364.596	64%
SOAT	1.819.920.530	1.226.321.815	1.317.004.335	2.759.364.642	15.441.400.333	22.564.011.655	13%
POBLACIÓN NO ASEGURADAS	138.593.605	23.252.345	150.910.255	36.233.804	1.070.517.645	1.419.507.654	1%
OTROS PAGADORES	2.895.958.923	1.193.150.246	2.142.686.080	4.706.830.221	2.915.111.222	13.853.736.692	8%
TOTAL	33.461.510.800	13.437.743.183	34.225.297.460	33.477.361.107	60.874.309.806	175.476.222.356	100%
%	19%	8%	19%	19%	35%	100%	

Fuente. Informe decreto 2193/2004/SIHO

La edad de la cartera a 31 de diciembre de 2025, tal como se refleja en la tabla anterior, se distribuye de la siguiente manera: el 35% corresponde a cuentas mayores a 360 días, consideradas cuentas por cobrar de difícil recaudo, lo que ha motivado el inicio de procesos jurídicos, por reclamación de acreencias con entidades en liquidación, o por glosas sin ánimo conciliatorio. El 65% corresponde a cuentas menores a 360 días lo que indica que se trata de una cartera sana y recuperable, sobre la cual ya se han establecido acuerdos de pago, con algunas Entidades Responsables de Pago como es el caso de las EPS ASMET SALUD Y NUEVA EPS.

4.2 Entidades con Mayor deuda a 31 de Diciembre de 2025

ENTIDAD	TOTAL GENERAL	%
ASMET SALUD EPS SAS	79.741.392.465	54
NUEVA EPS	26.427.947.009	18
LA PREVISORA S A	9.000.407.168	6
SANITAS S A S	7.570.169.314	5
ADRES	6.138.281.437	4
ESM BATALLON DE ASPC NO. 12	5.462.368.690	4
FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.	4.948.515.260	3
EMSSANAR	4.837.063.847	3
COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	2.268.553.046	2
SEGUROS DEL ESTADO S.A	1.986.663.862	1
TOTALES	148.381.362.098	100

Fuente. Informe de cartera SIHO/ Decreto 2193/2004/SIHO

El valor total de la cartera analizada asciende a **\$175.476.222.356**, de los cuales el **87%** se encuentra concentrada en 10 entidades responsables de pago, por valor de \$148.381.362.098. Esto indica que el **13%** restante se encuentra distribuido en otras entidades con menor participación.

La cartera presenta un alto nivel de concentración, principalmente en ASMET SALUD, lo que representa un riesgo financiero importante para la Empresa, ya que

el recaudo depende en gran medida del comportamiento de pago de un número reducido de entidades.

4.3 Comparativo de Cartera 2024 - 2025

DETALLE	Hasta 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Mayor a 360 días	Total Cartera Radicada
CARTERA A 31 DICIEMBRE DE 2024	14.272.308.770	8.817.087.896	25.534.321.962	27.758.165.681	55.208.176.718	131.590.061.027
CARTERA A 31 DICIEMBRE DE 2025	33.461.510.800	13.437.743.183	34.225.297.460	33.477.361.107	60.874.309.806	175.476.222.356
VARIACION ABSOLUTA	19.189.202.030	4.620.655.287	8.690.975.498	5.719.195.426	5.666.133.088	43.886.161.329
VARIACION %	134	52	34	21	10	33

Fuente. Informe de Cartera SIHO/ Decreto 2193/2004

La cartera total presentó un incremento del 33% entre las vigencias 2024 y 2025, pasando de \$131.590 millones a \$175.476 millones, el mayor crecimiento se observa en la cartera hasta 60 días con un aumento del 134%, lo cual puede estar asociado a un mayor volumen de facturación y radicación de cuentas durante el último periodo.

La cartera en rangos intermedios entre 61 y 360 días también presenta incrementos importantes, lo que evidencia una acumulación progresiva de cuentas por cobrar. Por su parte, la cartera mayor a 360 días, aunque registra un crecimiento del 10%, continúa siendo altamente representativa, lo que refleja dificultades históricas en los procesos de recuperación de cartera. En términos generales, el incremento de la cartera puede generar presiones sobre el flujo de caja institucional, por lo cual se hace necesario continuar fortaleciendo las estrategias de gestión de cobro, conciliación de cuentas y seguimiento a los acuerdos de pago con las Entidades Responsables de Pago.

El incremento de la cartera del 33% evidenciado entre las vigencia 2024 y 2025, corresponde principalmente por el incumplimiento por parte de algunas Entidades Promotoras de Salud (EPS) de lo establecido en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, relacionado con la oportunidad en el pago de los servicios de salud facturados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), así: “d) Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, **mes anticipado en un 100%** si los contratos son por capitación y por Evento, se hará como mínimo un pago anticipado del **50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación**”. Igualmente, no cumple con el Art. 56 de la ley 1438/2011.

Es importante aclarar que las entidades administradoras de planes de beneficios EAPB, que operan en el Departamento del Caquetá y que concentran aproximadamente el 97% de la población afiliada, se encuentran intervenidas por la Superintendencia Nacional de salud, desde la vigencia 2023; esta situación ha generado limitados resultados favorables en el recaudo de cartera a favor de la

IPS a pesar de que la entidad continúa prestando los servicios de atención en salud a la población afiliada, lo cual impacta negativamente el flujo de recursos y la liquidez institucional.

5. Contabilidad y Costos

El Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., para la preparación y presentación de sus Estados Financieros, aplica los principios y normas establecidas en la Resolución 414 de 2014 expedida por la Contaduría General de la Nación “CGN”, así como las demás disposiciones, reglamentaciones y lineamientos emitidos por dicho ente. La entidad aplica los criterios definidos en su Manual de Políticas Contables institucional, en concordancia con la Resolución N°286 del 05 de septiembre de 2023 emitida por la CGN, el cual establece los principios, bases de reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos, financieros y sociales, garantizando la consistencia en el registro de las operaciones y la adecuada preparación de la información financiera conforme a la normatividad contable pública vigente. Manual actualizado por la E.S.E. mediante Resolución N°001196 del 05 de noviembre de 2025.

Es preciso señalar que la información financiera y contable se gestiona a través del sistema de información integrado Dinámica Gerencial, software institucional que integra los procesos financieros y administrativos, mediante diferentes módulos tales como: contabilidad, facturación, cartera, tesorería, activos fijos, inventarios, nómina, pagos, presupuesto y contratación, entre otros. Dicho software no había sido actualizado aproximadamente durante los últimos cuatro años; sin embargo, en la presente vigencia sus módulos, tanto financieros como operativos, fueron actualizados de manera muy significativa de acuerdo con la normatividad vigente.

Cada uno de estos módulos cuenta con un responsable encargado de su administración y manejo. Por su parte, la Oficina de Contabilidad realiza procesos permanentes de verificación, conciliación y validación de la información proveniente de los diferentes módulos, con el fin de garantizar la consistencia y razonabilidad de los registros contables. Las copias de seguridad del sistema son responsabilidad del Profesional Universitario del área de Sistemas.

Así mismo, es importante aclarar que el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. es responsable de la ejecución presupuestal y del registro contable de los Centros de Salud ubicados en los municipios de La Montañita y Morelia, en consecuencia, la información financiera de estas unidades se consolida en una única contabilidad institucional, por corresponder a un mismo ente jurídico.

Durante la vigencia 2025 se realizaron Comité de Sostenibilidad Contable, instancia encargada de analizar, evaluar y recomendar acciones orientadas a garantizar la calidad, razonabilidad y depuración permanente de la información contable.

Adicionalmente, se implementó una mejora relevante en la gestión del proceso contable, consistente en la centralización de la elaboración de las cuentas por pagar en la Oficina de Contabilidad, procedimiento que anteriormente se encontraba asignado a las áreas de Contratación y Talento Humano. Para tal

efecto, se trasladó el personal con experiencia en este procedimiento a la Oficina de Contabilidad, permitiendo que las actividades de elaboración y revisión de cuentas se realicen en un mismo espacio de trabajo. Esta medida ha permitido fortalecer la calidad de la información financiera, ya que al momento de identificarse inconsistencias en los soportes o registros, estas pueden ser corregidas de manera inmediata, brindando además acompañamiento y asesoría directa a las áreas involucradas con el propósito de prevenir errores y mejorar la oportunidad y confiabilidad de los registros contables.

El Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. preparó los Estados Financieros con corte a 31 de diciembre de 2025, presentándolos de manera comparativa con la vigencia inmediatamente anterior, generando los siguientes resultados:

5.1 Composición del Activo Vigencia 2025 Vs 2024

CONCEPTO	DICIEMBRE	DICIEMBRE	VARIACIÓN	
	2025	2024	ABSOLUTA	RELATIVA
ACTIVO				
CORRIENTE	280.345.724.206	200.617.045.626	79.728.678.580	39,74
Efectivo	59.266.179.608	94.121.676.231	(34.855.496.623)	(37,03)
Cuentas por Cobrar	119.982.572.167	93.911.201.203	26.071.370.964	27,76
Menos Deterioro	0	0	0	0,00
Inventarios	9.590.343.049	10.806.513.262	(1.216.170.213)	(11,25)
Otros Activos	91.506.629.382	1.777.654.930	89.728.974.452	5047,60
NO CORRIENTE	50.858.904.965	35.920.711.467	14.938.193.498	41,59
Cuentas por Cobrar	65.968.829.217	64.414.923.827	1.553.905.390	2,41
Menos Deterioro	(64.841.940.275)	(62.877.785.408)	(1.964.154.867)	3,12
Propiedades, Planta y Equipo	82.428.869.561	70.591.750.883	11.837.118.678	16,77
Menos Depreciación y amortización	(32.696.853.538)	(36.345.359.021)	3.648.505.483	(10,04)
Otros Activos	0	137.181.186	(137.181.186)	(100,00)
TOTAL ACTIVO	331.204.629.171	236.537.757.093	94.666.872.078	40,02

Fuente. ESTADO DE SITUACION FINANCIERA 2025 – 2024

Se observa que el total de los activos del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. presentó un incremento de \$94.666 millones, equivalente a una variación del 40,02%, al pasar de \$236.537 millones en diciembre de 2024 a \$331.204 millones en diciembre de 2025. Este comportamiento refleja el fortalecimiento de la estructura financiera de la entidad y la dinámica de las operaciones derivadas de la prestación de servicios de salud durante la vigencia.

Dentro del Activo Corriente, una cuenta representativa corresponde a Cuentas por Cobrar, la cual registró un incremento del 27,76%, alcanzando un saldo de \$119.982 millones al cierre de la vigencia 2025, resultado del reconocimiento de los derechos de cobro derivados de la facturación por la prestación de servicios de salud a las diferentes entidades responsables de pago.

En la composición de la cartera institucional, el régimen subsidiado continúa representando la mayor participación dentro de las cuentas por cobrar, siendo ASMET Salud EPS uno de los principales deudores de la entidad, de acuerdo con la estructura de aseguramiento de la población atendida por el hospital y el volumen de servicios prestados a esta población.

Igualmente se evidencia un incremento significativo de 5.048% aproximadamente en el saldo del grupo de Otros Activos, del cual el valor de \$90.200 millones de pesos corresponde al registro de la ejecución de los recursos provenientes del Ministerio de Salud destinados al desarrollo de proyectos de infraestructura, los cuales se relacionan a continuación: 1) Contrato N°00806 del 18 de febrero 2025, con el objeto: "Ejecutar a todo costo las actividades de obra para realizar mantenimiento de la infraestructura y redes del servicio internación II del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.". 2) Contrato N°00808 del 19 de febrero 2025, con el objeto: "Construcción, remodelación y adecuación del Hospital María Inmaculada E.S.E. del municipio de Florencia Caquetá". 3) Contrato N°00809, cuyo objeto es "Realizar la interventoría técnica, administrativa, financiera y jurídica al contrato de obra N°00808 que tiene por objeto construcción, remodelación y adecuación del Hospital María Inmaculada E.S.E. del municipio de Florencia Caquetá". 4) Contrato N°02325, cuyo objeto es "Adecuación menor de infraestructura física del puesto de salud de la vereda agua caliente de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.". 5) Contrato N°02326, cuyo objeto es "Realizar la interventoría técnica, administrativa, financiera y jurídica al contrato de obra que tiene por objeto adecuación menor de infraestructura física del puesto de salud de la vereda agua caliente de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.".

En el Activo No Corriente, el grupo de Propiedad Planta y Equipo refleja un incremento de \$15.486. millones correspondiente al 45% aproximadamente, como resultado de la actualización y levantamiento del inventario de activos fijos, en el cual se evidenciaron bienes inmuebles debidamente soportados que no se encontraban registrados en el módulo de activos fijos y bienes muebles que se habían dado de baja en periodos anteriores pero se encontraban en uso. La actualización de su módulo permitió la actualización de los registros y la conciliación con el módulo de contabilidad, proceso que se encuentra debidamente soportado mediante actas documentadas en el software para gestión de calidad "Daruma"

5.2 Composición del Pasivo Vigencia 2025 Vs 2024

CONCEPTO	DICIEMBRE	DICIEMBRE	VARIACIÓN	
	2025	2024	ABSOLUTA	RELATIVA
PASIVO				
CORRIENTE	119.517.766.508	154.798.487.656	(35.280.721.148)	(22,79)
Cuentas por pagar	94.605.109.953	24.225.682.727	70.379.427.226	290,52
Beneficios a los empleados	5.095.126.464	5.723.555.043	(628.428.579)	(10,98)
Provisiones	15.116.232.799	35.585.690.663	(20.469.457.864)	(57,52)
Otros pasivos	4.701.297.292	89.263.559.223	(84.562.261.931)	(94,73)
NO CORRIENTE	17.180.591.329	5.414.979.897	11.765.611.432	217,28
Cuentas por pagar	12.649.450	1.277.893.501	(1.265.244.051)	(99,01)
Beneficios a los empleados	1.503.473.280	1.503.473.280	-	-
Provisiones	12.098.305.620	2.633.613.116	9.464.692.504	359,38
Otros pasivos	3.566.162.979	-	3.566.162.979	100,00
TOTAL PASIVO	136.698.357.837	160.213.467.553	(23.515.109.716)	(14,68)

Fuente. ESTADO DE SITUACION FINANCIERA 2025 – 2024

El Pasivo Corriente total presenta un disminución de \$35.281 millones, equivalente aproximadamente al 22.79% frente a la vigencia 2024. No obstante, su cuenta más representativa es la Cuentas por Pagar que registra un incremento del 290.52%, debido a que, por falta de liquidez, no fue posible la cancelación oportuna de estas obligaciones; Por su parte, las demás subcuentas presentan una disminución considerable.

El Pasivo No Corriente total presenta un incremento de \$8.199 millones, equivalente aproximadamente al 151,42% frente a la vigencia 2024. Donde su cuenta más representativa es la de Provisiones, debido a la conciliación y ajustes realizados con el informe de litigios y demandas generado en la oficina Jurídica.

5.3 Composición del Patrimonio Vigencia 2025 Vs 2024

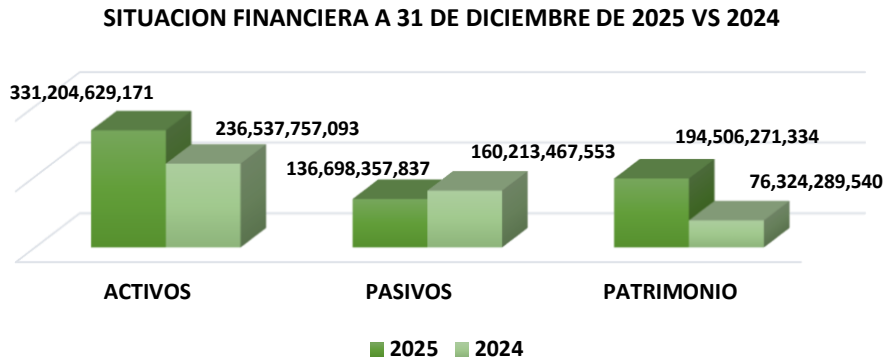
CONCEPTO	DICIEMBRE	DICIEMBRE	VARIACIÓN	
	2025	2024	ABSOLUTA	RELATIVA
PATRIMONIO				
Capital Fiscal	25.067.456.526	25.067.456.526	(0)	(0,00)
Resultado de Ejercicios Anteriores	60.883.947.208	67.987.614.923	(7.103.667.715)	(10,45)
Resultado del Ejercicio	108.554.867.600	(16.730.781.909)	125.285.649.510	(748,83)
TOTAL PATRIMONIO	194.506.271.334	76.324.289.540	118.181.981.794	154,84%

Fuente. ESTADO DE SITUACION FINANCIERA 2025 – 2024

El Patrimonio total refleja un incremento de \$118.182 millones equivalente aproximadamente al 154.84% frente a la vigencia 2024; Su incremento se presenta en su cuenta Resultado del Ejercicio por valor de \$108.555, con un incremento de

\$125.286 millones en la vigencia 2025 frente a una pérdida del ejercicio por valor de \$16.731 millones en la vigencia 2024.

5.4 Comparativos Activo-Pasivo-Patrimonio Años 2025 -2024



En la gráfica anterior se presenta el comparativo de los Activos, Pasivos y Patrimonio del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. entre las vigencias 2025 y 2024, evidenciándose un incremento significativo en los activos, los cuales pasaron de \$236.538. millones en 2024 a \$331.205. millones en 2025, lo que representa un aumento de \$94.667. millones equivalente al 40,02%, reflejando el fortalecimiento de la capacidad operativa y financiera de la entidad durante la vigencia evaluada.

Por su parte, el total de los pasivos presentan una disminución frente a la vigencia anterior, al pasar de \$160.213. millones en 2024 a \$136.698. millones en 2025, lo que representa una reducción de \$23.515. millones equivalente al 14,68%. Este comportamiento evidencia una gestión financiera responsable, orientada al control de las obligaciones y al uso eficiente de los recursos institucionales, a pesar de la cultura del no pago por parte de las Entidades Responsables de Pago, permitiendo optimizar la estructura financiera sin afectar la continuidad ni la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Finalmente, el patrimonio institucional presentó una variación altamente positiva, al pasar de \$76.324. millones en 2024 a \$194.506. millones en 2025, con un incremento de \$118.182. millones equivalente al 154,84%. Este fortalecimiento patrimonial se explica principalmente por el resultado positivo del ejercicio 2025, que alcanzó una utilidad de \$108.555. millones, en contraste con la pérdida registrada en la vigencia anterior por \$16.731. millones, generando un impacto altamente favorable en la estructura financiera del Hospital. Este resultado consolida una posición patrimonial más sólida, fortalece la sostenibilidad institucional y respalda la capacidad de la entidad para continuar garantizando la prestación eficiente y oportuna de los servicios de salud a la población.

5.5 Análisis de Resultados Vigencia 2025 Vs 2024

CONCEPTO	DICIEMBRE	DICIEMBRE	VARIACIÓN	
	2025	2024	ABSOLUTA	RELATIVA
INGRESOS OPERACIONALES				
Venta de Servicios de Salud	169.925.739.094	151.724.998.311	18.200.740.783	12,00
Descuentos, Devoluc. y Rebaja en Ventas de Servicios	(212.465.922)	(303.445.427)	90.979.506	(29,98)
TOTAL INGRESOS OPERACIONALES	169.713.273.172	151.421.552.884	18.291.720.289	12,08
Costo de Ventas	109.491.589.441	95.462.916.114	14.028.673.327	14,70
Gastos Operacionales	64.294.922.596	81.648.572.598	(17.353.650.002)	(21,25)
Gastos de Ventas	10.190.313.240	5.823.200.599	4.367.112.641	75,00
UTILIDAD O PÉRDIDA OPERACIONAL	(14.263.552.105)	(31.513.136.428)	17.249.584.323	(54,74)
Transferencias y Subvenciones	94.110.561.887	4.412.241.512	89.698.320.376	2.032,94
Otros Ingresos	43.204.849.658	24.936.646.021	18.268.203.636	73,26
Transferencias y Subvenciones	109.456.142	116.703.650	(7.247.508)	100,00
Otros Gastos	14.387.535.696	14.449.829.364	(62.293.668)	(0,43)
UTILIDAD O PERDIDA DEL EJERCICIO	108.554.867.601	(16.730.781.909)	125.285.649.510	(748,83)

Fuente. ESTADO DE RESULTADO INTEGRAL AÑOS 2025 – 2024

Los ingresos por la facturación de la venta de servicios de salud de los Centros y Puestos de Salud de los municipios de Montañita y Morelia, así como del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., alcanzaron en la vigencia 2025 un valor de \$169.713.millones, mientras que para la vigencia 2024 estos ascendieron a \$151.422. millones, registrándose un incremento de \$18.292. millones, equivalente a una variación positiva aproximada del 12,08%.

Este resultado evidencia el fortalecimiento progresivo de la prestación de los servicios de salud y el posicionamiento institucional dentro de la red pública hospitalaria del departamento, producto de las estrategias implementadas por la administración orientadas al mejoramiento de la calidad en la atención, la humanización del servicio y la optimización de los procesos asistenciales. Estas acciones han permitido consolidar la confianza de los usuarios y aumentar la preferencia por los servicios ofrecidos por la institución, particularmente en áreas especializadas como Unidad de Cuidados Intensivos para adultos, resonancia magnética, cardiología y neurología pediátrica, entre otros, los cuales han venido siendo fortalecidos para mejorar su capacidad resolutoria y la oportunidad en la atención.

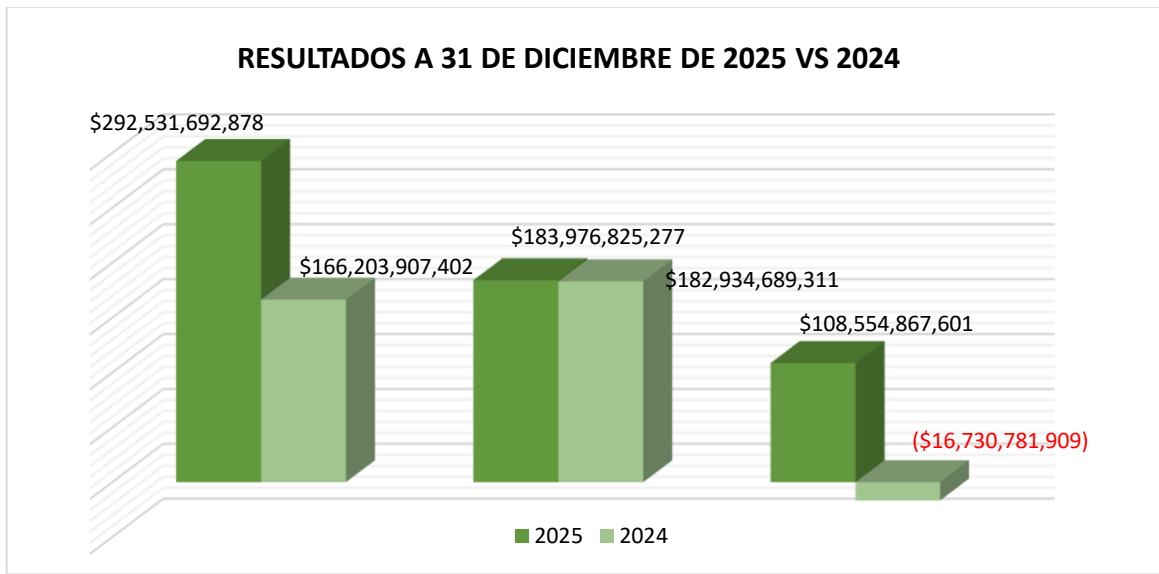
Para la facturación de los servicios prestados, el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. aplica tarifas basadas en el Manual Tarifario SOAT, así como las condiciones establecidas en los procesos de negociación y contratación con cada Entidad Responsable de Pago – ERP, en cumplimiento de la normatividad vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En relación con las subvenciones y transferencias, durante la vigencia 2025 se reconocieron recursos por valor de \$94.111. millones recibidas por parte del Ministerio de Salud y Gobernación del Caquetá, destinados al fortalecimiento de los proyectos de infraestructura e inversión social, evidenciando el respaldo de las entidades del orden nacional y territorial a la gestión adelantada por el Hospital.

En conjunto, estos resultados reflejan una dinámica positiva en la gestión financiera y operativa de la institución, sustentada en el fortalecimiento de los procesos asistenciales, el crecimiento en la prestación de servicios y una adecuada gestión administrativa orientada a la sostenibilidad institucional.

El grupo de Otros Ingresos por valor de \$43.205. millones corresponde básicamente a la reversión de Deterioro de Cuentas por Cobrar y reversión de Provisión de litigios y demandas, producto de las conciliaciones realizadas entre la oficina de Contabilidad, con la oficina de Cartera y Jurídica.

5.6 Comparativos Ingresos-Costos y Gastos – Utilidad Años 2025 Vs 2024



Fuente. ESTADO DE RESULTADO INTEGRAL AÑOS 2025 – 2024

En la gráfica anterior se presenta el comparativo de los ingresos, costos y gastos totales de la institución entre las vigencias 2024 y 2025. Se observa un incremento significativo en los ingresos operacionales, los cuales pasaron de \$151.422 millones en 2024 a \$169.713 millones en 2025, lo que representa un crecimiento del 12.08%, resultado asociado al fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, la optimización de los procesos asistenciales y el posicionamiento institucional dentro de la red pública hospitalaria del departamento.

Por su parte, los costos y gastos totales presentan un incremento mínimo del 0,50%, evidenciando una gestión responsable y austera del gasto, orientada a garantizar la sostenibilidad financiera de la entidad sin afectar la calidad ni la oportunidad en la prestación de los servicios.

Como resultado de esta dinámica financiera, la institución pasa de registrar una pérdida en la vigencia 2024 por valor de \$16.731. millones a obtener una utilidad del ejercicio de \$108.555. millones de pesos en la vigencia 2025, lo cual refleja una recuperación financiera significativa, producto del fortalecimiento de la gestión institucional, la optimización de los procesos administrativos y el crecimiento en la prestación de servicios de salud y apoyo económico por parte del nivel Nacional como territorial.

3.4. TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN

3.4.1. SISTEMAS INFORMATICOS

3.4.1.1. Presentación

El proceso de tecnología e información administra y asegura la disponibilidad de las herramientas tecnológicas y los sistemas de información, con el objetivo de apoyar los procesos de la organización y brindar soluciones oportunas a los usuarios.

3.4.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

Durante la vigencia 2025 en acompañamiento de un ingeniero de operaciones del proveedor de nuestro sistema de información y los líderes de procesos, se realizó revisión y ajuste de los módulos administrativos y financieros de Dinámica Gerencial. También se implementó el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte estructural de la Factura Electrónica de Venta (FEV).

3.4.1.3. Logros del proceso

Durante la vigencia 2025, uno de los logros operativos fue la implementación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte estructural de la Factura Electrónica de Venta (FEV). Este hito permitió consolidar la trazabilidad de la información clínica y administrativa, garantizando la coherencia entre los servicios facturados y los registros en salud. Como resultado de este proceso, se alcanzó un índice del 97% de RIPS válidos ante los lineamientos del Ministerio de Salud, lo que refleja un avance sustancial en la calidad del dato, la depuración de inconsistencias y el cumplimiento de los requisitos normativos exigidos para la validación de la facturación.

3.4.1.4. Metas o indicadores

Los indicadores del proceso son:

Obsolescencia de equipos de cómputo (PC, impresoras, escáner)

Análisis: El indicador de obsolescencia de equipos de cómputo mide el porcentaje de equipos que han quedado obsoletos en relación con el total de equipos disponibles en la organización. Para nuestra medición, un equipo se considera

obsoleto cuando ha superado su vida útil recomendada: más de 5 años para computadores, más de 7 años para impresoras y escáneres de funcionamiento.

Situación Actual: El análisis actual revela que el 44% de los equipos de cómputo en la organización se encuentran en estado de obsolescencia. Este porcentaje es significativamente superior a la meta establecida, que es del 35%. Esto indica que casi la mitad de los equipos no están operando de manera óptima, lo que puede generar ineficiencias, mayores costos de mantenimiento, riesgos de seguridad y una disminución en la productividad del personal.

Impacto de la Obsolescencia:

1. **Rendimiento:** Los equipos obsoletos tienden a ser más lentos y menos eficientes, lo que afecta directamente la productividad de los empleados.
2. **Seguridad:** Los equipos antiguos pueden no ser compatibles con las actualizaciones de software y parches de seguridad, lo que aumenta el riesgo de vulnerabilidades y posibles brechas de seguridad.
3. **Costos:** El mantenimiento de equipos obsoletos suele ser más costoso debido a la dificultad para encontrar repuestos y soporte técnico adecuado.

El alto porcentaje de obsolescencia (44%) en los equipos de cómputo representa un desafío significativo para el hospital, ya que impacta negativamente en la eficiencia y seguridad. Es crucial implementar medidas inmediatas y estratégicas para reducir este indicador y alinearlo con la meta del 35%. Un enfoque proactivo en la renovación y actualización de equipos no solo mejorará la productividad, sino que también garantizará que la institución esté mejor preparada para enfrentar los desafíos tecnológicos futuros.

Porcentaje de mantenimientos realizados a los de equipos (Pc, Impresoras y Scanner)

Análisis: Este indicador mide el porcentaje de mantenimientos preventivos realizados a los equipos de cómputo (PC, impresoras y scanners) en relación con el total de mantenimientos programados. El objetivo es garantizar que los equipos funcionen de manera óptima, reducir fallas y prolongar su vida útil. La meta establecida es del 90%, lo que significa que se espera que el 90% de los mantenimientos necesarios se lleven a cabo en el tiempo previsto.

Situación Actual: El indicador se mide trimestralmente dando un promedio anual del 60% de cumplimiento de los mantenimientos programados para la vigencia 2025. El incumplimiento con la meta se debe a varios factores, entre los cuales están que en diferentes servicios por las ocupaciones de los funcionarios no permitían

sacar los equipos para realizar el respectivo mantenimiento, otra causa es porque los técnicos de sistemas debían atender necesidades operativas que aseguraran la continuidad de los servicios.

3.4.1.5. Retos y oportunidades de mejora

La oficina de sistemas en un hospital desempeña un papel crítico en la gestión de la infraestructura tecnológica, que es fundamental para el funcionamiento eficiente de los servicios médicos y administrativos. A continuación, se presentan los principales retos y oportunidades de mejora identificados:

Retos:

1. Infraestructura Tecnológica Obsoleta:

- Muchos equipos y sistemas pueden estar operando con tecnología obsoleta, lo que limita su capacidad para soportar aplicaciones modernas y garantizar la seguridad de los datos.
- **Impacto:** Riesgo de fallas, vulnerabilidades de seguridad y disminución de la eficiencia operativa.

2. Seguridad de la Información:

- Los hospitales manejan datos sensibles de pacientes, lo que los convierte en un objetivo frecuente de ciberataques.
- **Impacto:** Riesgo de brechas de seguridad, pérdida de datos y sanciones legales por incumplimiento de normativas.

3. Falta de Capacitación del Personal:

- El personal de sistemas puede no estar actualizado en las últimas tecnologías o prácticas de ciberseguridad.
- **Impacto:** Dificultad para resolver problemas complejos y mantener sistemas actualizados.

Oportunidades de Mejora:

1. Modernización de la Infraestructura:

- Invertir en la actualización de equipos y sistemas para mejorar su rendimiento, seguridad y compatibilidad con tecnologías emergentes.
- **Beneficio:** Mayor eficiencia operativa y preparación para futuras innovaciones.

2. Capacitación y Desarrollo del Personal:

- Ofrecer capacitación continua al personal de sistemas en tecnologías emergentes, ciberseguridad y gestión de proyectos.

- **Beneficio:** Mayor capacidad para resolver problemas complejos y adoptar nuevas tecnologías.
- 3. Adopción de Tecnologías Emergentes:**
- Explorar la implementación de tecnologías como inteligencia artificial, big data y telemedicina para mejorar la atención al paciente y la gestión hospitalaria.
 - **Beneficio:** Mejora en la calidad de los servicios médicos y optimización de procesos administrativos.
- 4. Optimización del Presupuesto:**
- Realizar una planificación financiera estratégica que priorice inversiones en áreas críticas, como actualización de equipos, seguridad y capacitación.
 - **Beneficio:** Uso más eficiente de los recursos y mayor retorno de la inversión en tecnología.

La oficina de sistemas enfrenta retos significativos, como la obsolescencia tecnológica y los riesgos de ciberseguridad. Sin embargo, estas dificultades también representan oportunidades para mejorar mediante la modernización de la infraestructura, la implementación de planes de mantenimiento preventivo, el fortalecimiento de la seguridad y la capacitación del personal. Al abordar estos retos y aprovechar las oportunidades de mejora, la oficina de sistemas puede contribuir significativamente a la eficiencia operativa, la calidad de la atención al paciente y la sostenibilidad a largo plazo del hospital.

3.4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL

3.4.2.1. Presentación

El programa de Gestión Documental, enmarcado en el cumplimiento de la Ley 594 de 2000, instrumento archivístico que le sirve a la Institución para facilitar el control, acceso y administración de los documentos y preservación de la memoria institucional acorde con las buenas prácticas y normatividad vigente, que sirve como fuente de consulta para lo toma de decisiones en los diferentes procesos.

3.4.2.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

- Informes censo hospitalario diario, registro de control actualizado y preciso de la ocupación del hospital con el objetivo de consolidar datos, y procesar el informe de producción mensual por unidad funcional de la Institución, según movimiento de usuarios, cumplimiento 100%.

- Trámite oportuno respuesta a entes de control y comunicaciones internas, cumplimiento 89%.
- Organización de archivos historias clínicas (manuales), archivo externo, cumplimiento 60%.
- Cumplimiento a Comités, cumplimiento 100%.
- Viabilidad registros civiles en plataforma, cumplimiento 40% (no funcionamiento del aplicativo de la Registraduría).
- Atención diaria a usuarios, internos/externos, cumplimiento 95%.
- Trámite interno de solicitud información por transferencias realizadas, cumplimiento 100%.
- Organización y registros de soportes diarios recibidos de historias clínicas, cumplimiento 100%.
- Informes nacimientos y defunciones, cumplimiento, 98%.

3.4.2.3. Logros del proceso

- Respuesta oportuna a requerimientos internos y externos (minimización de riesgos).
- Continuidad al proceso de Registros Civiles.
- Atención oportuna a usuarios internos/externos.
- Presentación de informes en los plazos establecidos.
- Depuración y adecuación de historias clínicas antiguas manuales.
- Seguimiento trimestral a los procesos archivísticos en los diferentes procesos institucionales.
- Registro y organización soportes manuales diarios recibidos de historias clínicas.
- Realización y registro de censo hospitalario diario logrando la consolidación del informe actualizado y preciso de productividad, según flujo de usuarios.

3.4.2.4. Metas o indicadores

- Seguimiento mensual indicador de ventanilla única, cumplimiento oportuno de respuesta a las comunicaciones oficiales recibidas, (manual), se incrementó positivamente el cumplimiento del indicador, mediante sensibilización de la importancia de la respuesta oportuna a las comunicaciones oficiales que requerían respuesta, promedio 90%.
- El indicador cumplimiento a la normatividad archivista continua igual con un cumplimiento del 80%, pendiente el cumplimiento de evaluación y convalidación de las Tablas de Retención Documental de la Institución,

pendiente respuesta a solicitudes realizadas al Consejo Departamental de Archivo del Caquetá.

3.4.2.5. Retos y oportunidades de mejora

- Contar con un programa para la ventanilla única en la vigencia 2026, y así minimizar riesgos, evitar el desgaste administrativo mensual manual con los diferentes procesos para la respuesta oportuna a las comunicaciones oficiales.
- Lograr la evaluación y convalidación, de las Tablas de Retención Documental del Hospital Departamental María Inmaculada, dar aplicabilidad y culminar el Plan de mejora ante el Archivo General de la Nación (AGN).
- Incrementar la realización de los registros civiles en la Entidad, para satisfacción del usuario y tener un soporte para las respectivas cuentas.

3.5. GESTIÓN JURÍDICA

3.5.1. OFICINA JURÍDICA

3.5.1.1. Presentación

La Oficina Asesora Jurídica del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. desarrolla el proceso de Gestión Jurídica, el cual tiene como propósito principal orientar jurídicamente a la administración en la toma de decisiones, garantizar el cumplimiento del ordenamiento jurídico y ejercer la defensa integral de los intereses de la entidad tanto en sede administrativa como judicial.

Durante la vigencia 2025, este proceso adquirió especial relevancia en el fortalecimiento institucional, en la medida en que permitió no solo asegurar la legalidad de las actuaciones administrativas, sino también optimizar la defensa judicial del hospital, reduciendo riesgos de condenas y fortaleciendo la posición jurídica de la entidad frente a terceros.

El proceso comprende dos grandes componentes:

- **PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO**, enfocado en la emisión de conceptos jurídicos, revisión y proyección de actos administrativos, atención de derechos de petición, respuestas a acciones de tutela, interposición de recursos y acompañamiento a las dependencias.

- **PROCEDIMIENTO DE REPRESENTACIÓN JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL**, orientado a garantizar la adecuada defensa de la entidad en procesos prejudiciales y judiciales, desde la conciliación hasta la sentencia definitiva.

En este sentido, los objetivos para la vigencia 2025 estuvieron orientados a:

- Garantizar el cumplimiento oportuno de términos legales.
- Fortalecer la defensa judicial de la entidad.
- Prevenir el daño antijurídico.
- Mejorar la calidad y oportunidad de las respuestas jurídicas.
- Consolidar el seguimiento y control de los procesos judiciales

3.5.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

Durante la vigencia 2025, la Oficina Asesora Jurídica ejecutó de manera integral las actividades contempladas en sus procedimientos, evidenciando un alto nivel de cumplimiento y fortalecimiento en la gestión jurídica institucional.

En el **componente administrativo**, se garantizó:

- La emisión oportuna de conceptos jurídicos conforme a los requerimientos institucionales.
- La revisión y proyección de actos administrativos ajustados a la normatividad vigente.
- La atención dentro de términos legales de derechos de petición, conforme al procedimiento establecido.
- La respuesta oportuna a acciones constitucionales con seguimiento permanente a sus resultados.
- La interposición de recursos en vía administrativa cuando fue necesario.
- La ejecución de capacitaciones internas orientadas a fortalecer el conocimiento normativo del personal.

Estas actuaciones se desarrollaron bajo estrictos controles de reparto, revisión y validación jurídica, asegurando trazabilidad y cumplimiento de términos.

En el **componente Judicial y Extrajudicial**, se realizó:

- La atención de solicitudes de conciliación prejudicial, con análisis jurídico y médico previo.
- La participación activa del Comité de Conciliación y Defensa Judicial en la toma de decisiones.
- La contestación de demandas dentro de los términos procesales establecidos.
- El seguimiento permanente a las etapas procesales de cada expediente.
- La organización y actualización del archivo jurídico y de los expedientes digitales.

- La rendición de informes a entes de control y seguimiento interno.
- De manera transversal, se fortaleció el control de las actuaciones mediante:
- Verificación periódica de los procesos en plataformas judiciales como EKOGUI.
- Seguimiento a informes contractuales de abogados externos.
- Revisión sistemática de actuaciones dentro de los términos legales.

3.5.1.3. Logros del proceso

Durante la vigencia 2025, la Oficina Asesora Jurídica alcanzó importantes resultados que reflejan una gestión eficiente, organizada y orientada a la protección de los intereses institucionales:

- Cumplimiento de términos legales en la atención de derechos de petición, acciones de tutela y actuaciones administrativas, minimizando riesgos de sanciones por extemporaneidad.
- Alto nivel de eficacia en la contestación de demandas judiciales, alcanzando en la mayoría de los meses un cumplimiento del 100%, lo que evidencia una gestión oportuna y adecuada defensa jurídica.
- Fortalecimiento de la defensa judicial, evidenciado en resultados favorables para la entidad en distintos procesos.
- Gestión y comportamiento de los procesos judiciales y extrajudiciales: Durante la vigencia 2025, la Oficina Asesora Jurídica realizó seguimiento integral al estado de los procesos en los que hace parte la entidad, evidenciando:

NÚMERO DE PROCESOS ACTIVOS SEGÚN MEDIO DEL CONTROL: 228

MEDIO DE CONTROL	
REPARACIÓN DIRECTA	134
EJECUTIVOS	59
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	23
ACCIÓN DE REPETICIÓN	4
LABORALES	2
CONTROVERSIA CONTRACTUAL	1
ACCIÓN POPULAR	1
CIVIL DECLARATIVO	4

PROCESOS TERMINADOS SEGÚN MEDIO DEL CONTROL: 55

MEDIO DE CONTROL	
REPARACIÓN DIRECTA	29

EJECUTIVOS	9
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	11
ACCIÓN DE REPETICIÓN LABORALES	4
NULIDAD ELECTORAL	1

PROCESOS ADELANTADOS SEGÚN MEDIO DE CONTROL: 19

MEDIO DE CONTROL	
REPARACION DIRECTA	9
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	6
LABORALES	1
POPULAR	2
EJECUTIVO	1

PROCESOS CON SENTENCIA

1. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

NÚMERO DE SENTENCIAS	FAVORABLE	DESFAVORABLE
	24	9

2. SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA

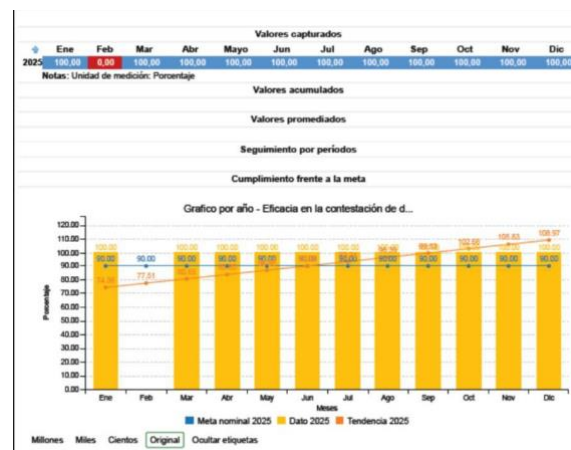
NÚMERO DE SENTENCIAS	FAVORABLE	DESFAVORABLE
	11	8

- **Mejora en la organización y control de los procesos judiciales**, mediante la implementación de herramientas de seguimiento, archivo digital y control de actuaciones.
- **Optimización de los informes a entes de control**, garantizando mayor claridad, trazabilidad y soporte documental.
- **Articulación efectiva del Comité de Conciliación y Defensa Judicial**, como instancia clave en la toma de decisiones estratégicas.
- **Fortalecimiento de la cultura de prevención del daño antijurídico**, mediante capacitaciones y análisis de riesgos.

3.5.1.4. Metas o indicadores

Para la vigencia 2025, la Oficina Asesora Jurídica realizó seguimiento a sus indicadores de gestión, destacándose el indicador de:

Eficacia en la contestación de demandas judiciales, el cual presentó un comportamiento altamente favorable, con cumplimiento del 100% en la mayoría de los meses del año, evidenciando la capacidad de respuesta oportuna de la entidad frente a las acciones judiciales instauradas en su contra.



Si bien se identificó una variación puntual en el mes de febrero, atribuida a una situación específica de vencimiento de términos, esta no representa una tendencia estructural negativa, sino un evento aislado que permitió fortalecer los mecanismos de control interno y seguimiento.

En términos generales:

- Se cumplió la meta del indicador en niveles satisfactorios.
- Se evidenció estabilidad en la gestión jurídica durante la vigencia.
- Se consolidaron mecanismos de control que permiten prevenir incumplimientos futuros.

3.5.1.5. Retos y oportunidades de mejora

A partir del análisis de la gestión desarrollada en 2025, se identifican los siguientes retos y oportunidades de mejora:

RETOS

- Mantener el cumplimiento estricto de términos legales en el 100% de los casos.

- Fortalecer la recolección oportuna de soportes documentales para la defensa judicial.
- Reducir el riesgo de fallos en contra asociados a debilidades probatorias.
- Optimizar la articulación interdependencias para el suministro de información.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Fortalecer los mecanismos de seguimiento preventivo de términos judiciales.
- Continuar con la capacitación del personal en temas jurídicos y normativos.
- Implementar mejoras tecnológicas para el control de procesos judiciales.
- Profundizar en el análisis de causas de fallos adversos para prevenir recurrencia.
- Consolidar estrategias de defensa jurídica basadas en análisis estadístico de procesos.

Adicionalmente, los riesgos identificados en el proceso (incumplimiento de términos y debilidades en la defensa judicial) cuentan con controles efectivos como:

- Seguimiento mensual a respuestas jurídicas.
- Verificación periódica de actuaciones.
- Evaluación de fallos anteriores.
- Funcionamiento activo del Comité de Conciliación.

Lo anterior ha permitido mitigar de manera efectiva los riesgos asociados a la gestión jurídica.

3.5.2. OFICINA DE CONTRATACIÓN

3.5.2.1. Presentación

El Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. dentro del proceso de gestión jurídica, se encuentra el subproceso de contratación, el cual, tiene como base realizar la contratación del personal que prestara servicios y de proveedores que suministran bienes a la institución.

3.5.2.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

Para la vigencia 2025 se celebraron un total de 2.542 contratos bajo la modalidad de contratación directa de los cuales 52 fueron anulados, tal como se puede evidenciar en la siguiente tabla:

MODALIDAD CONTRACTUAL	TIPO DE CONTRATO	CONTRATOS SUSCRITOS 01/01/2025 AL 31/12/2025	VALOR
CONTRATACION DIRECTA	PRESTACION DE SERVICIOS	2418	\$ 62.945.501.999
	COMPRAVENTA	2	\$ 466.077.780
	SUMINISTRO	38	\$ 15.076.317.501
	ARRENDAMIENTO	5	\$ 281.572.690
	MANTENIMIENTO	17	\$ 1.990.369.791
	OBRA	6	\$ 3.688.779.093
	ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	4	\$ 66.954.200
	INTERVENTORIA	0	\$ 0
	ANULADO	52	0
	TOTAL		2542

De igual forma, se realizaron un total de 4 convocatorias públicas de las cuales, solo 2 se adjudicaron y suscribieron contratos, tal como se puede evidenciar en la siguiente tabla:

MODALIDAD CONTRACTUAL	NUMERO DE CONVOCATORIA	OBJETO	VALOR TOTAL	ESTADO
CONVOCATORIAS PUBLICAS 2025	1	ADECUACIÓN MENOR DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL CENTRO DE SALUD MORELIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA LOCALIZADO EN EL CASCO URBANO DEL MUNICIPIO DE MORELIA DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ.	\$ 519.832.201	DESIERTO
	2	REALIZAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y JURÍDICA AL CONTRATO DE OBRA QUE TIENE POR OBJETO: ADECUACIÓN MENOR DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL CENTRO DE SALUD MORELIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA LOCALIZADO EN EL CASCO URBANO DEL MUNICIPIO DE MORELIA DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ.	\$ 26.870.665	DESIERTO
	3	ADECUACIÓN MENOR DE INFRAESTRUCTURA FISICA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA AGUA CALIENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E.S.E. LOCALIZADO EN EL MUNICIPIO DE MORELIA DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ.	\$ 256.202.470	ADJUDICADO

MODALIDAD CONTRACTUAL	NUMERO DE CONVOCATORIA	OBJETO	VALOR TOTAL	ESTADO
	4	REALIZAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y JURÍDICA AL CONTRATO DE OBRA QUE TIENE POR OBJETO: ADECUACIÓN MENOR DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL PUESTO DE SALUD DE LA VEREDA AGUA CALIENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E.S.E. LOCALIZADO EN EL MUNICIPIO DE MORELIA DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ.	\$ 12.902.283	ADJUDICADO

De igual forma, se realizó un total de 1 IPAP la cual se adjudicó y suscribió contrato, tal como se puede evidenciar en la siguiente tabla:

MODALIDAD CONTRACTUAL	NUMERO DE CONVOCATORIA	OBJETO	VALOR TOTAL	ESTADO
INVITACIÓN PÚBLICA A PROPONER- IPAP	1	ADQUISICIÓN DE MOBILIARIO HOSPITALARIO PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA E.S.E	\$ 2.300.000.000	ADJUDICADO

ANÁLISIS: En relación con lo anterior nos permitimos manifestar que tanto el número de contratos y valor se debió principalmente a los proyectos aprobados y viabilizados ante el ministerio de salud, así como la construcción de la segunda torre del hospital departamental María Inmaculada, la habilitación del servicio de expansión que ha requerido la distribución de las áreas administrativas que se encuentran en ese espacio, por lo cual se hizo necesario arrendar un espacio físico para el traslado del personal administrativo, además se dio cumplimiento a los lineamientos de las resoluciones que asignan recursos para la contratación del programa de atención primaria en salud APS, de igual forma, se tuvo que robustecer el talento humano, insumos necesarios, mantenimiento de equipos, así como, la adecuación de la infraestructura hospitalaria, entre otras mejoras internas.

3.5.2.3. Logros del proceso

- **CUMPLIMIENTO EN EL REPORTE OPORTUNO DE INFORMES A ENTES DE CONTROL:** el área de contratación dio cumplimiento dentro de los

términos establecidos a los informes Semanales, Mensuales, Trimestrales y anuales requeridos por los diferentes entes de Control tales como: Contraloría Departamental (SIA OBSERVA – SIA CONTRALORIA), Superintendencia de Salud, Contaduría General de la Nación y Contraloría General de la Republica.

- **CUMPLIMIENTO EN EL CARGUE A LA PLATAFORMA SECOP II:** Se ha dado cumplimiento dentro de los términos establecidos al cargue en la plataforma SECOP II.
- **OPTIMIZACIÓN EN LA GESTIÓN DEL RIESGO:** Se ha logrado controlar la mayoría de los procesos contractuales, manteniendo el cumplimiento de los términos efectivos del cargue en las diferentes plataformas de contratación.
- **ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE CONTRATACION**

3.5.2.4. Metas o indicadores

Por otro lado, de conformidad con el indicador establecido para el grupo de contratación de la Oficina Asesora Jurídica, el cual hace referencia a:

- **EFFECTIVIDAD EN EL CARGUE DE LA CONTRATACION AL SECOP.**

Valores capturados												
2025	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

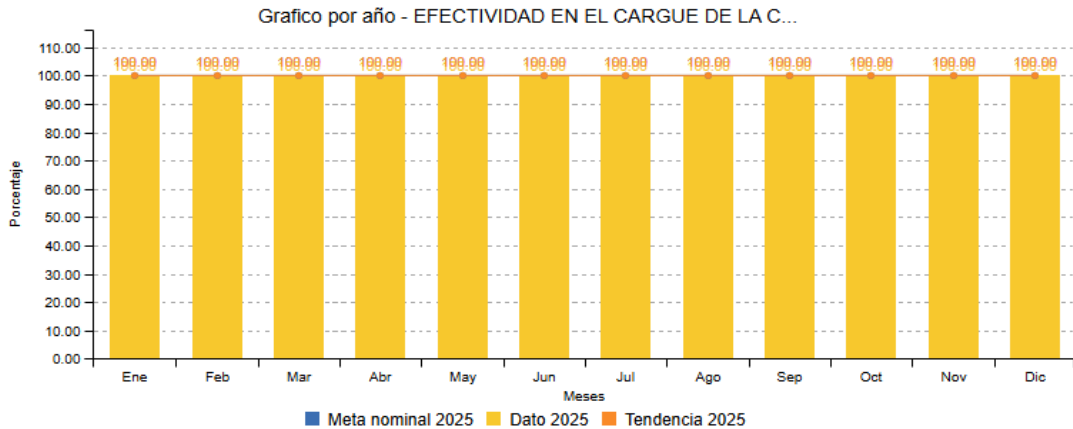
Notas: Unidad de medición: %

Valores acumulados

Valores promediados

Seguimiento por períodos

Cumplimiento frente a la meta



3.5.2.5. Retos y oportunidades de mejora

- **REINDUCCION DE MANUAL DE SUPERVISORES:** Se deben fortalecer estrategias de socialización a los supervisores para garantizar una efectiva vigilancia a los contratos.

3.6. CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

3.6.1. Presentación

PROCESO	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO
OBJETO	DETERMINAR LA RESPONSABILIDAD DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS, AUNQUE SE HAYAN RETIRADO DEL SERVICIO, EN LA REALIZACIÓN DE CONDUCTAS DISCIPLINARIAMENTE RELEVANTES. A LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO LE CORRESPONDE ADELANTAR LA ETAPA DE INSTRUCCIÓN DE LOS PROCESOS DISCIPLINARIOS.

ALCANCE	INICIA DE OFICIO O CON LA RECEPCION DE UNA QUEJA, SOLICITUD O INFORME RESPECTO A UNA CONDUCTA DE UN SERVIDOR PÚBLICO, AUNQUE YA SE HAYAN RETIRADO DEL SERVICIO, Y TERMINA CON UNA DECISIÓN INHIBITORIA, DE ARCHIVO, ABSOLUTORIA O SANCIONATORIA; SIENDO COMPETENCIA DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO ADELANTAR EXCLUSIVAMENTE LA ETAPA DE INSTRUCCIÓN, ESTO ES, PROFERIR AUTO DE CARGOS O ARCHIVO DE LA INVESTIGACIÓN, SEGÚN EL CASO.
----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La oficina de Control Interno Disciplinario, ha venido realizando todas las actuaciones pertinentes a fin de verificar la conducta de los servidores públicos del Hospital Departamental María Inmaculada, siendo su labor sancionatoria pero también preventiva de faltas disciplinarias, adelantando los procesos con respeto a las normas y garantías fundamentales de los servidores públicos. En tal sentido, es importante mencionar que la oficina cuenta con la Matriz de Procesos Disciplinarios –CID-F-16, por medio de la cual se establecen los estados actuales de cada proceso que adelanta la oficina, así mismo se cuenta con la Matriz de Quejas Disciplinarias –CID-F-17, en la cual se relacionan las quejas allegadas y separadas entre el personal administrativo y asistencial.

La Matriz de Quejas Disciplinarias ha logrado parametrizar el número de quejas activas dentro de la dependencia, lo que permite dar información verídica al momento de la presentación de los informes; igualmente dicha matriz nos permite realizar el seguimiento de todas las quejas que se presentan con destino a la oficina de Control Interno Disciplinario pues nos permite evidenciar si estas se convirtieron en proceso, o si por el contrario se decidió inhibirse o remitirse por competencia a otras dependencias.

3.6.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

De esta manera se relacionan las actividades desarrolladas por la oficina dentro de las cuales se encuentra analizar las quejas recibidas y dar trámite a las mismas de acuerdo a la competencia establecida para ello, esto es, dar apertura a procesos disciplinarios nuevos de acuerdo con las quejas recibidas o dar trámite y efectuar la sustanciación de los procesos disciplinarios existentes en la oficina de Control Interno disciplinario en la etapa de instrucción.

En consecuencia, de lo anterior, se relacionan las quejas presentadas en la vigencia 2025 así:

I. QUEJAS DISCIPLINARIAS RECIBIDAS EN EL AÑO 2025

VIGENCIA	PERSONAL ASISTENCIAL	PERSONAL ADMINISTRATIVO	TOTAL
2025	25	19	44
TOTAL			44

Una vez analizadas cada una de las quejas antes mencionadas se evidencia que algunas de las peticiones de inicio de procesos disciplinarios radicadas en esta dependencia, no son de competencia de la misma razón por la cual aproximadamente el 30% de los casos tuvieron que ser remitidos al Comité de Convivencia Laboral, o a la oficina jurídica por tratarse de personal contratista, sobre quien se dirigiría la actuación.

De las quejas recibidas en el año 2025 se abrieron 31 procesos disciplinarios así:

VIGENCIA	INDAGACIÓN PREVIA	INVESTIGACIÓN DISCIPLINARIA	TOTAL
2025	23	8	31
TOTAL			31

De igual manera, es importa resaltar que el personal contratista no se investiga disciplinariamente de conformidad con la Ley 1952 de 2019:

“ARTÍCULO 25. *Destinatarios de la ley disciplinaria. Son destinatarios de la ley disciplinarios los servidores públicos, aunque se encuentren retirados del servicio y los particulares contemplados en esta ley. (...)*”.

“ARTÍCULO 70. *Sujetos disciplinables. El presente régimen se aplica a los particulares que ejerzan funciones públicas de manera permanente o transitoria; que administren recursos públicos; que cumplan labores de interventoría o supervisión en los contratos estatales y a los auxiliares de la justicia. (...)*

Se entiende que ejerce función pública aquel particular que, por disposición legal, acto administrativo, convenio o contrato, desarrolle o realice prerrogativas exclusivas de los órganos del Estado. No serán disciplinables aquellos particulares que presten servicios públicos, salvo que en ejercicio de dichas actividades desempeñen funciones públicas, evento en el cual resultarán destinatarios de las normas disciplinarias.”

“ARTÍCULO 92. *Competencia por la calidad del sujeto disciplinable. Corresponde a las entidades y órganos del Estado, a las administraciones central y descentralizada territorialmente y, por servicios, disciplinar a sus servidores; salvo que la competencia este asignada a otras autoridades y, sin perjuicio del poder preferente de la Procuraduría General de la Nación.*

La Procuraduría General de la Nación conocerá de la investigación y el juzgamiento de las faltas disciplinarias imputables a los servidores públicos de elección popular y las de sus propios servidores.

El particular disciplinable conforme a este código lo será por la Procuraduría General de la Nación y las personerías, salvo lo dispuesto en el ARTÍCULO 76 de este código, cualquiera que sea la forma de vinculación y la naturaleza de la acción u omisión”. (Negrillas y subrayados fuera de texto)

En este punto, es importante resaltar con relación al personal contratista que una vez verificada por parte del Despacho la gravedad de la conducta disciplinaria, se remite cuando el caso lo amerite, a la Procuraduría Regional del Caquetá para que ellos inicien las acciones propias de su competencia. Así mismo, cuando se trata de quejas difusas o que no reúnen los elementos necesarios, el Despacho procederá a inhibirse de iniciar actuación.

Igualmente, es importante mencionar que de conformidad con la entrada en vigencia de la ley 1952 de 2019, la cual entró a regir el día 29 de marzo del año 2022, la dependencia realizó y adapto los formatos estandarizados y socializados con los colaboradores que hacen uso de ellos, con esto se pretende uniformidad en cuanto a los procesos disciplinarios, sin desconocer la naturaleza de cada uno y su trámite procesal respectivo de acuerdo con la nueva normatividad disciplinaria, ley 1952 de

2019 y decreto 2094 de 2021, por lo cual el 11 de agosto de 2025 se aprobó la actualización de formatos internos de la dependencia.

II. PLEGOS DE CARGOS REMITIDOS A LA OFICINA JURIDICA PARA ETAPA DE JUZGAMIENTO.

En virtud de lo anterior y teniendo en cuenta que la Oficina de control interno disciplinario avanza hasta la etapa de Auto de cargos, esto es, la fase de instrucción, en la vigencia 2025 se remitieron 11 procesos disciplinarios para etapa de juzgamiento a la oficina jurídica de la entidad.

NO.	EXPEDIENTE	INVESTIGADO
1.	R24-474	JUAN CARLOS GUTIERREZ HAMBURGER
2.	R24-444	MARIA MILDARY CASTRILLON
3.	R25-492	MARIA MILDARY CASTRILLON
4.	R23-429	ILEANA PAOLA TOLEDO POLANIA
5.	R24-443	JULIO CESAR CARVAJAL
6.	R24-454	JUAN CARLOS GUTIERREZ HAMBURGER
7.	R24-482	SANTIAGO SANDOVAL
8.	R24-449	OSCAR FARFAN VARON
9.	R24-451	JUAN CARLOS AVAREZ LOZADA
10.	R24-437	JUAN CARLOS ALVAREZ LOZADA
11.	R24-441	CRISTINA LERMA

III. PROCESOS DISCIPLINARIOS ACTIVOS A DICIEMBRE DEL AÑO 2025

De conformidad con lo mencionado la oficina de control interno disciplinario implementó la aplicación de matriz de procesos disciplinarios lo que nos permite llevar un cabal control de los procesos activos en sus respectivas etapas y términos procesales, lo cual ha permitido la debida operatividad de la dependencia salvaguardando los principios de la ley 1952 de 2019.

Por lo anterior luego del inventario de procesos disciplinarios se obtuvo el siguiente resultado:

VIGENCIA	INDAGACIÓN PREVIA	INVESTIGACIÓN DISCIPLINARIA
2025	20	19
TOTAL	39	

Es de manifestar que al 31 de diciembre del año 2025 se encontraban activos un total de 39 procesos, los cuales vienen ejecutándose dentro de los términos procesales establecidos en la Ley 1952 de 2019 y de acuerdo al respectivo procedimiento.

3.6.3. Logros del proceso

En virtud de lo anterior, es importante señalar que como logros más significativos se tiene la agilidad y el impulso que han tenido los procesos disciplinarios en su desarrollo y ejecución a fin de lograr sanciones ejemplarizantes que repercutan en una mejora en la prestación del servicio en la entidad. De esta manera podemos sintetizar el desempeño de la oficina

en que se recibieron 44 quejas, de las cuales 31 eran de competencia de la Oficina de Control interno disciplinario, sin embargo, todas las 31 quejas fueron resueltas y se les dio el correspondiente trámite y remisión al Despacho competente.

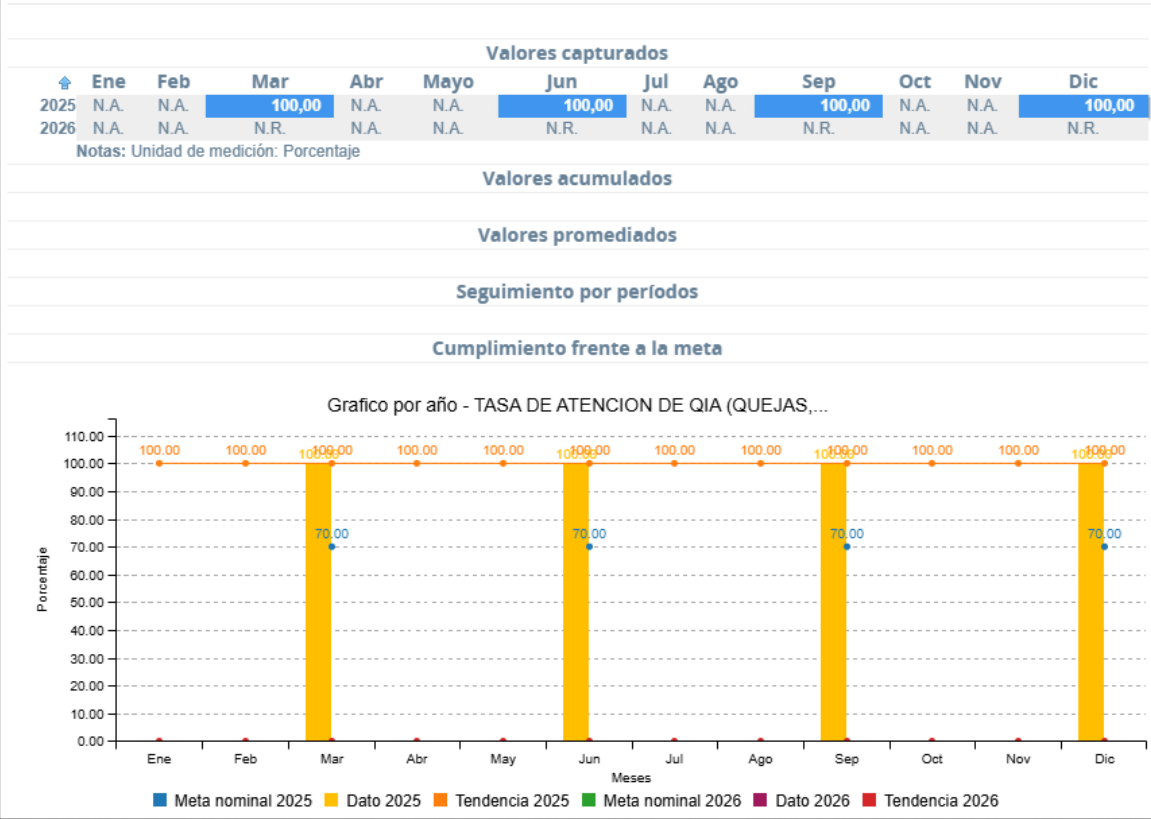
Así mismo, dentro del trámite de los procesos disciplinarios existentes se profirieron 11 autos de cargos que fueron remitidos a la Oficina Jurídica para etapa de juzgamiento, quedando activos a 31 de diciembre de 2025 un total de 28 procesos disciplinarios.

Así mismo, como parte de uno de los componentes del Plan Anticorrupción de la entidad, y encontrándose igualmente establecido en el plan anual de capacitaciones, la dependencia realiza jornadas de divulgación de la Gestión Disciplinaria a los diferentes servicios y/o dependencias, enfocándose siempre en propender por el correcto actuar de los servidores públicos, la explicación detallada de las etapas de un proceso disciplinario, los deberes del servidor público, los derechos del investigado y en general, todos los aspectos que se enmarcan dentro de la gestión disciplinaria, conllevando a una notable disminución en la ejecución de conductas disciplinarias por parte de los servidores públicos de la entidad. Para el año 2025 se realizaron 12 capacitaciones, en las jornadas de inducción y reinducción del personal del Hospital María Inmaculada.

3.6.4. Metas o indicadores

En este punto es importante mencionar que el único indicador con que cuenta la oficina es "TASA DE ATENCION DE QIA (QUEJAS, INFORMES Y ANÓNIMAS) DE LA COMPETENCIA DE CID" indicador que se diligencia de manera trimestral, tiene una meta nominal del 70,00 y que para el año 2025 se diligenció en tiempo y con un valor del 100%. Esto es, de las quejas recibidas se tramitó el 100% de las mismas. Tal y como se evidencia en las siguientes imágenes:

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



ESTADISTICAS

Promedio: 100,00
Desviación estandar: 0,00
Trending: y = 100,00
Tendencia calculada: ↑
Valor esperado: 100,00

CONVENCIONES

- | | |
|------------------------------------------|----------------------------------|
| Tendencia negativa ↓ | Tendencia positiva ↑ |
| ● ○ ○ ○ Val. <= M. Min. | Val. >= M. Max. |
| ○ ● ○ ○ Val. > M. Min. y Val. <= M. Nom. | Val. < M. Max. y Val. >= M. Nom. |
| ○ ○ ● ○ Val. > M. Nom. y Val. <= M. Max. | Val. < M. Nom. y Val. >= M. Min. |
| ○ ○ ○ ● Val. > M. Max. | Val. < M. Min. |

3.6.5. Retos y oportunidades de mejora

Como retos que tiene la oficina de control Interno Disciplinario esta la implementación de la virtualidad en las actuaciones disciplinarias y la digitalización de los procesos, por lo cual se está organizando el archivo de la oficina a fin de lograr mayor orden y evitar el uso

excesivo del papel, así mismo se están realizando las audiencias a través del aplicativo Microsoft Teams.

4. EVALUACIÓN

4.1. GESTIÓN DE CONTROL INTERNO

4.1.1. Presentación

El Sistema de Control Interno tiene como propósito fundamental lograr la eficiencia, eficacia y transparencia en el ejercicio de las funciones de las entidades que conforman el Estado Colombiano y para cumplir con los fines constitucionales, la oficina de Control Interno dentro de la estructura organizacional y en cumplimiento a la Ley 87 de 1993 es la dependencia que desarrolla su función de asesoría y evaluación a la gestión institucional y al mejoramiento de sus procesos.

Su objetivo general, es verificar y evaluar en forma objetiva e independiente el Sistema de Control Interno de la entidad a través de las diferentes herramientas de seguimiento y control, con el fin de proponer a la alta dirección las recomendaciones para el mejoramiento continuo.

El Alcance del Proceso, se define desde la formulación del Plan Anual de Auditoría y termina con los informes de evaluación y seguimiento a la gestión e informes de auditorías.

4.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

De conformidad con lo establecido en el Decreto 648 de 2017, sus actividades se estructuran en cumpliendo las políticas de operación establecidas en la entidad y bajo los roles sobre los cuales se enmarcan sus funciones, así:

Liderazgo Estratégico: Este rol comprende la relación directa con la Alta Dirección de la entidad y se enfoca en contribuir de manera independiente en la consecución de los objetivos institucionales, convirtiéndose en un soporte estratégico para la toma de decisiones, agregando valor de manera independiente mediante la presentación de informes, manejo de información estratégica y alertas oportunas ante cambios actuales o potenciales que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

En desarrollo de este rol, se realizaron las siguientes actividades:

- Evaluación de la Gestión por Dependencias
- Comité Institucional de Coordinación de Control Interno
- Informe Evaluación Independiente del estado del Sistema de Control Interno
- Informe de Derechos de Autor
- Informe de Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público
- Informe de evaluación de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas vigencia 2025
- Informe de Revisión por la Dirección

Enfoque hacia la Prevención: El desarrollo de este rol se enmarca básicamente en verificar que los controles asociados a todas las actividades de la entidad, estén adecuadamente definidos, sean apropiados y se mejoren permanentemente.

Frente a este rol, se realizaron las siguientes actividades:

- Fomento Cultura Autocontrol
- Participación en Comités
- Creación y actualización de documentos

Evaluación de la Gestión del Riesgo: En el marco de la evaluación independiente, se consideran aquellos aspectos que puedan generar una amenaza para el cumplimiento de los objetivos de los procesos y, por ende, los objetivos y metas institucionales.

Bajo este enfoque, se desarrollaron las siguientes actividades:

- Actualización de Riesgos
- Seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano
- Auditorías Internas de Gestión

Relación con Entes Externos de Control: La oficina de Control Interno es un componente dinamizador del Sistema de Control Interno, facilita los requerimientos de los organismos de Control Externo y la coordinación en los informes de la entidad, verificándose de esa manera el rol de facilitar, al interior y al exterior, el flujo de información en la entidad.

- Seguimiento a Plan de Mejora Archivo General de la Nación
- Seguimiento al Plan de Mejora Contraloría Departamental del Caquetá
- Auditoría Especial
- Informe Control Interno Contable

Evaluación y Seguimiento: El propósito de este rol es llevar a cabo la evaluación independiente y emitir un concepto acerca del funcionamiento del sistema de control interno, de la gestión desarrollada y de los resultados alcanzados por la entidad, que permita generar recomendaciones y sugerencias que contribuyan al fortalecimiento de la gestión y desempeño de la entidad.

A través de este rol, se desarrollaron las siguientes acciones:

- Evaluación del Sistema de Control Interno
- Plan Anual de Auditoría
- Arqueos a Cajas Menores
- Seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora de auditoría
- Seguimiento al SUIT
- Seguimiento al trámite Peticiones, Quejas y Reclamos
- Seguimiento a las funciones del Comité de Conciliación y Defensa Judicial
- Informe de Auditoría y Seguimiento al SARLAFT y SICOF
- Seguimiento a la constitución y legalización de avances y/o anticipos
- Evaluación Independiente del SCI
- Evaluación FURAG

- Seguimiento al SIGEP II

4.1.3. Logros del proceso

- Cumplimiento de las actividades aprobadas en el Plan Anual de Auditoría, aprobado para la presente vigencia.
- Promoción y adherencia de una cultura de Autocontrol al personal de la entidad.
- La ejecución de auditorías internas que permitieron identificar acciones de mejora es lo relacionados con el fortalecimiento de la gestión y el control.

4.1.4. Metas o indicadores

- Brindar asesoría y acompañamiento a los líderes de los procesos de la entidad, con el fin de que se responda de manera oportuna, confiable, veraz y consistente a los requerimientos de los entes externos de control.
- Evaluar la gestión de los procesos por medio de la verificación de metas, indicadores y planes de mejoramiento.

4.1.5. Retos y oportunidades de mejora

- Optimizar la eficiencia en la Auditoría Interna de Gestión.
- Dar alcance de las auditorías internas a todos los procesos de la entidad.