

INFORME DE GESTIÓN

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA
INMACULADA E.S.E.**

VIGENCIA 2024

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
PROCESOS.....	6
1. ESTRATÉGICOS	6
1.1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	6
1.1.1. Presentación	6
1.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	7
1.1.3. Logros del proceso	22
1.1.4. Metas o indicadores	23
1.1.5. Retos y oportunidades de mejora	25
1.2. MEJORAMIENTO CONTINUO.....	26
1.2.1. Presentación	26
1.2.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	26
1.2.3. Logros del proceso	36
1.2.4. Metas o indicadores	36
1.2.5. Retos y oportunidades de mejora	36
1.3. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO	37
1.3.1. Presentación	37
1.3.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	37
1.3.3. Logros del proceso	38
1.3.4. Metas o indicadores	41
1.3.5. Retos y oportunidades de mejora	45
2. MISIONALES	46
2.1. GESTIÓN DE URGENCIAS Y OBSTETRICIA.....	46
2.1.1. Presentación	46
2.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	46
2.1.3. Logros del proceso	47
2.1.4. Metas o indicadores	49
2.1.5. Retos y oportunidades de mejora	49
2.2. GESTIÓN AMBULATORIA Y ATENCIÓN PRIMARIA.....	50
2.2.1. Presentación	50
2.2.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	50
2.2.3. Logros del proceso	51
2.2.4. Metas e indicadores	52
2.2.5. Retos y oportunidades de mejora	54
2.3. GESTIÓN QUIRÚRGICA.....	55
2.3.1. Presentación	55
2.3.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	55
2.3.3. Logros del proceso	55
2.3.4. Metas o indicadores	55
2.3.5. Retos y oportunidades de mejora	57

2.4. GESTIÓN HOSPITALARIA	57
2.4.1. Presentación	57
2.4.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	57
2.4.3. Logros del proceso	58
2.4.4. Metas e indicadores	58
2.4.5. Retos y oportunidades de mejora	58
2.5. GESTIÓN DEL CUIDADO CRÍTICO	59
2.5.1. Presentación	59
2.5.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	59
2.5.3. Logros del proceso	60
2.5.4. Metas e indicadores	60
2.5.5. Retos y oportunidades de mejora	61
2.6. LABORATORIO CLÍNICO	62
2.6.1. Presentación	62
2.6.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	62
2.6.3. Logros del proceso	64
2.6.4. Metas o indicadores	64
2.6.5. Retos y oportunidades de mejora	64
2.7. BANCO DE SANGRE	65
2.7.1. Presentación	65
2.7.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	65
2.7.3. Logros del proceso	67
2.7.4. Metas o indicadores	68
2.7.5. Retos y oportunidades de mejora	68
2.8. SERVICIO DE GESTIÓN PRETRANSFUSIONAL	69
2.8.1. Presentación	69
2.8.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	69
2.8.3. Logros del proceso	71
2.8.4. Metas e indicadores	71
2.8.5. Retos y oportunidades de mejora	72
2.9. IMAGENOLOGÍA	72
2.9.1. Presentación	72
2.9.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	73
2.9.3. Logros del proceso	74
2.9.4. Metas e indicadores	74
2.9.5. Retos y oportunidades de mejora	75
2.10. SERVICIO FARMACÉUTICO	75
2.10.1. Presentación	75
2.10.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	76
2.10.3. Logros del proceso	76
2.10.4. Metas o indicadores	78
2.10.5. Retos y oportunidades de mejora	79
2.11. CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.....	80

2.11.1.	Presentación	80
2.11.2.	Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	80
2.11.3.	Logros del proceso	80
2.11.4.	Metas e indicadores	80
2.11.5.	Retos y oportunidades de mejora	81
3.	APOYO	81
3.1.	TALENTO HUMANO.....	81
3.1.1.	Presentación	81
3.1.2.	Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	81
3.1.3.	Logros del proceso	83
3.1.4.	Metas o indicadores	83
3.1.5.	Retos y oportunidades de mejora	91
3.2.	RECURSOS FÍSICOS.....	93
3.2.1.	GESTIÓN AMBIENTAL.....	93
3.2.1.1.	Presentación.....	93
3.2.1.2.	Seguimiento a las actividades desarrolladas	93
3.2.1.3.	Logros del proceso.....	95
3.2.1.4.	Metas o indicadores	97
3.2.1.5.	Retos y oportunidades de mejora	101
3.2.2.	INGENIERÍA BIOMÉDICA.....	102
3.2.2.1.	Presentación.....	102
3.2.2.2.	Seguimiento a las actividades desarrolladas	102
3.2.2.3.	Logros del proceso.....	103
3.2.2.4.	Metas o indicadores	109
3.2.2.5.	Retos y oportunidades de mejora	110
3.3.	GESTIÓN FINANCIERA.....	111
3.3.1.	Presentación	111
3.3.2.	Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	111
3.4.	TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN.....	120
3.4.1.	SISTEMAS INFORMATIVOS.....	120
3.4.1.1.	Presentación.....	120
3.4.1.2.	Seguimiento a las actividades desarrolladas	120
3.4.1.3.	Logros del proceso.....	122
3.4.1.4.	Metas o indicadores	122
3.4.1.5.	Retos y oportunidades de mejora	125
3.4.2.	GESTIÓN DOCUMENTAL.....	127
3.4.2.1.	Presentación.....	127
3.4.2.2.	Seguimiento a las actividades desarrolladas	127
3.4.2.3.	Logros del proceso.....	128
3.4.2.4.	Metas o indicadores	128
3.4.2.5.	Retos y oportunidades de mejora	129
3.5.	GESTIÓN JURÍDICA.....	129
3.5.1.	Presentación	129
3.5.2.	Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	130

3.5.3.	Logros del proceso	135
3.5.4.	Metas o indicadores	135
3.5.5.	Retos y oportunidades de mejora	137
3.5.6.	GESTIÓN JURÍDICA – CONTRATACIÓN	137
3.5.6.1.	Presentación	137
3.5.6.2.	Seguimiento a las actividades desarrolladas	137
3.5.6.3.	Logros del proceso	142
3.5.6.4.	Metas o indicadores	142
3.5.6.5.	Retos y oportunidades de mejora	143
3.6.	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO.....	143
3.6.1.	Presentación	143
3.6.2.	Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	144
3.6.3.	Logros del proceso	146
3.6.4.	Metas e indicadores	147
3.6.5.	Retos y oportunidades de mejora	148
4.	EVALUACIÓN.....	148
4.1.	GESTIÓN DE CONTROL INTERNO.....	148
4.1.1.	Presentación	148
4.1.2.	Seguimiento a las actividades desarrolladas.....	149
4.1.3.	Logros del proceso	150
4.1.4.	Metas o indicadores	150
4.1.5.	Retos y oportunidades de mejora	151

PROCESOS

1. ESTRATÉGICOS

1.1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.1.1. Presentación

El presente informe ejecutivo de direccionamiento estratégico refleja los avances, retos y resultados obtenidos por el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. durante la vigencia 2024. Este documento recoge los esfuerzos institucionales para fortalecer la infraestructura hospitalaria, mejorar la calidad de los servicios de salud y garantizar la sostenibilidad financiera, enmarcados en el Plan de Desarrollo "Luchando por tu Salud 2024-2028". A lo largo del año 2024, el hospital ha logrado asegurar importantes recursos para la ejecución de proyectos estratégicos, destacándose la construcción de la nueva torre hospitalaria, con una asignación presupuestal de \$89.226.966.934, destinada a ampliar la capacidad instalada y mejorar la prestación de servicios de salud para la población del departamento del Caquetá.

Además, se radicarón proyectos de inversión por un valor total de \$6.931.800.625, enfocados en la modernización de equipos biomédicos, fortalecimiento de unidades móviles y dotación de quirófanos. En términos de infraestructura, se logró la asignación de \$833.038.338 para la adecuación de centros de salud rurales y urbanos en el municipio de Morelia.

En materia de transparencia y lucha contra la corrupción, el hospital alcanzó un 96% de cumplimiento en la ejecución del Plan Anticorrupción 2024, destacándose la identificación y mitigación de riesgos de corrupción, la implementación de mecanismos de rendición de cuentas y la optimización en la atención al ciudadano. El fortalecimiento de los procesos administrativos y la mejora en la publicación de información de interés público reflejan un compromiso institucional con la transparencia y la eficiencia.

Sin embargo, también se enfrentaron desafíos importantes. La intervención por parte de la Superintendencia de Salud en agosto de 2024 generó retrasos en la ejecución de algunos proyectos, afectando la continuidad de ciertos procesos administrativos. A pesar de estas dificultades, la gerencia ha mantenido el compromiso con la ejecución del plan, implementando medidas correctivas para garantizar la eficiencia y transparencia en la gestión hospitalaria.

El informe también destaca la implementación del Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), con más de 1.941 consultas realizadas en bases de

datos nacionales e internacionales para verificar antecedentes de proveedores y contratistas. Estas acciones refuerzan la seguridad y transparencia en la operación institucional.

El Plan de Desarrollo "Luchando por tu Salud 2024-2028" se constituye en la hoja de ruta para el crecimiento y fortalecimiento institucional. La definición de 17 objetivos estratégicos, alineados con las necesidades de la población y los estándares de calidad en la prestación de servicios, guiará la gestión en los próximos años. Entre las prioridades estratégicas se incluyen la humanización del servicio, la modernización tecnológica, el fortalecimiento de la infraestructura y la sostenibilidad financiera.

1.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

- **PROYECTOS**

Construcción Nueva torre.

Nombre	Valor asignado
PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN NUEVA TORRES HDMI E.S.E	\$ 89.226.966934

El proyecto de construcción de la nueva torre del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. ha sido una de las iniciativas más importantes para fortalecer la infraestructura hospitalaria en el departamento del Caquetá. Con un presupuesto asignado de \$89.226.966.934, esta obra busca ampliar la capacidad del hospital y mejorar la prestación de servicios de salud para la población.

Durante el proceso, surgieron retos administrativos y técnicos que llevaron a una intervención por parte de la Superintendencia de Salud en agosto de 2024, lo que afectó el avance de la licitación. No obstante, en diciembre de 2024, la gerente Cindy Tatiana Vargas retomó su cargo, asegurando la continuidad de la gestión del hospital y reafirmando el compromiso con la ejecución del proyecto.

Este avance es clave para la región, pues garantizará una mejor atención en salud a los habitantes del departamento. Se continuará con el seguimiento de los procesos administrativos y contractuales para asegurar que los recursos sean utilizados de manera eficiente y transparente.

Proyectos de inversión formulados y radicados

Nombre	Fecha Radicado	Valor Indicativo
--------	----------------	------------------

Fortalecimiento de las unidades móviles para la atención médica y captación de donantes de sangre del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E Florencia.	22/07/2024	\$ 911.290.100
Reponer el equipo de tomografía del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E, sede principal Florencia.	18/12/2024	\$4.053.687.676
adquisición de dotación para una sala de cirugía de la E.S.E Hospital Departamental María Inmaculada.	18/12/2024	\$672.601.459
Adquisición de vehículos de transporte de equipos básicos de atención primaria en salud para la E.S.E Hospital María Inmaculada.	07/11/2024	\$1.294.221.390
TOTAL, VALOR INDICATIVO		\$ 6.931.800.625

Enfoque de inversión:

- **Equipamiento médico:** reposición del tomógrafo (\$4.053.687.676) y dotación de una sala de cirugía (\$672.601.459).
- **Movilización y atención en salud:** fortalecimiento de unidades móviles para atención y donación de sangre (\$911.290.100) y adquisición de vehículos para atención primaria (\$1.294.221.390).

Distribución de fondos:

El 58% del total radicado se destina a la reposición del tomógrafo, siendo una prioridad dentro de la planificación hospitalaria.

Estado de los proyectos:

Aún están en proceso de formulación y radicación, por lo que su aprobación y financiamiento dependen de futuras asignaciones presupuestarias.

PROYECTOS CON ASIGNACIÓN

NOMBRE	FECHA DE ÚLTIMO RADICADO	FECHA ASIGNACIÓN	VALOR ASIGNADO
--------	--------------------------------	---------------------	-------------------

Adecuación menor de infraestructura física del puesto de salud de la vereda agua caliente Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E localizado en el municipio de Morelia Departamento del Caquetá.	JUNIO DE 2024	01/10/2024	\$ 269.104.753
Adecuación Menor De Infraestructura Física del Centro De Salud Morelia de la E.S.E. Hospital Departamental María Inmaculada localizado en el casco urbano del Municipio de Morelia.	JULIO DE 2024	28/08/2024	\$ 563.933.585
TOTAL ASIGNADO			\$ 833.038.338

Enfoque de inversión: Infraestructura en centros de salud rurales y urbanos en el municipio de Morelia, con adecuaciones menores en:

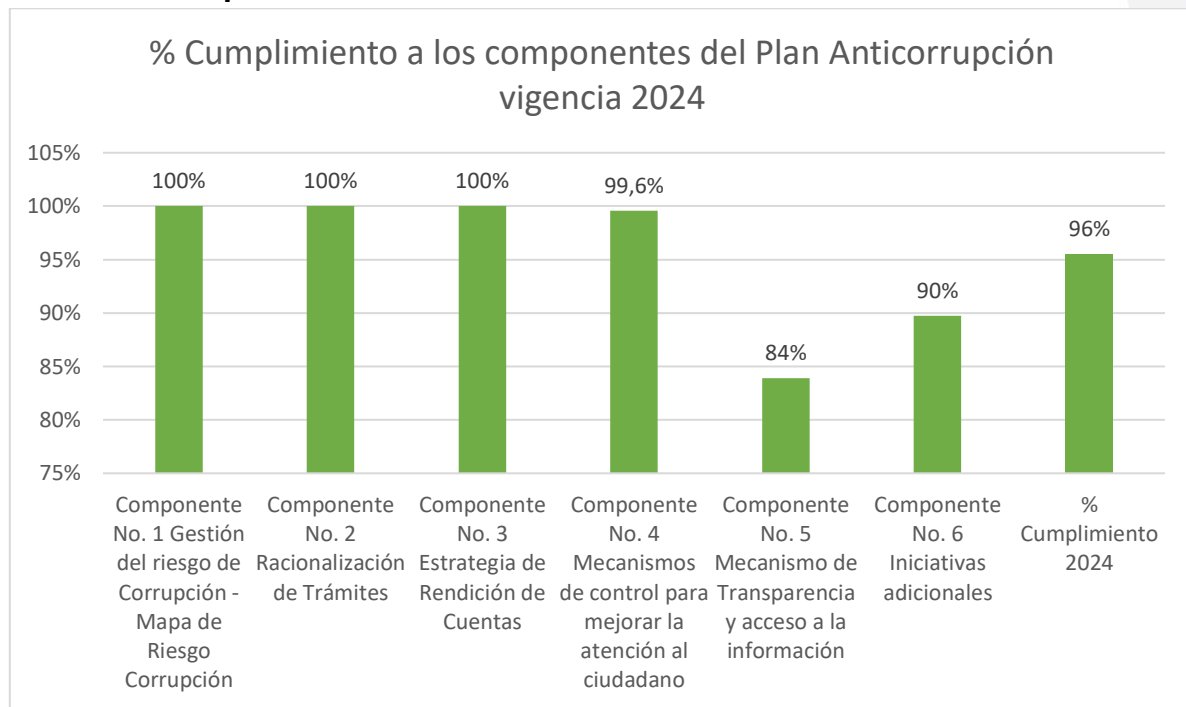
- Puesto de salud de la vereda Agua Caliente (\$269.104.753).
- Centro de Salud Morelia en el casco urbano (\$563.933.585).

- **PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO**

Durante la vigencia 2024, el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. a través de la oficina asesora de planeación, llevó a cabo el seguimiento y evaluación del Plan Anticorrupción en los tiempos establecidos, obteniendo

resultados satisfactorios en cada una de las mediciones realizadas como se presenta en la siguiente gráfica:

Plan Anticorrupción a 31 de diciembre de 2024



La gráfica muestra el porcentaje de cumplimiento de los diferentes componentes del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2024 del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., evidenciando los avances en la ejecución de estrategias para la lucha contra la corrupción y el fortalecimiento de la transparencia institucional.

A continuación, se describen los componentes evaluados y su respectivo cumplimiento:

Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgo de Corrupción (100%)

Se lograron identificar y mitigar riesgos asociados a la corrupción dentro de la institución mediante la implementación del mapa de riesgos y estrategias de control preventivo.

Racionalización de Trámites (100%)

Se mejoraron los procesos administrativos con el objetivo de facilitar el acceso a los servicios por parte de los ciudadanos, eliminando trámites innecesarios y optimizando los procedimientos en plataformas digitales.

Estrategia de Rendición de Cuentas (100%)

Se promovió la transparencia institucional a través de la socialización de la gestión ante la ciudadanía, garantizando la participación activa de la comunidad y fortaleciendo los mecanismos de control social.

Mecanismos de Control para Mejorar la Atención al Ciudadano (99.6%)

Se implementaron estrategias orientadas a la optimización de la atención al usuario, reforzando la accesibilidad, calidad y oportunidad en la prestación de los servicios.

Mecanismos de Transparencia y Acceso a la Información (84%)

Se avanzó en la publicación de información de interés público y el acceso a datos institucionales. Sin embargo, el porcentaje de cumplimiento sugiere la necesidad de continuar fortaleciendo este aspecto para garantizar mayor transparencia y disponibilidad de la información.

Iniciativas Adicionales (90%)

Incluye acciones complementarias para la promoción de la cultura de la legalidad, la ética pública y la prevención de actos de corrupción dentro de la institución.

En términos generales, el consolidado del cumplimiento del plan en la vigencia 2024 alcanzó un 96%, reflejando un desempeño altamente satisfactorio en la ejecución de estrategias anticorrupción y fortalecimiento de la atención al ciudadano.

- **PLAN DE DESARROLLO**

El Plan de Desarrollo constituye el principal instrumento estratégico para orientar el accionar del Hospital Departamental María Inmaculada ESE en los próximos cuatro años. Este documento establece objetivos claros y lineamientos estratégicos, diseñados por el Gerente de la Institución y su equipo de trabajo, con el propósito de garantizar un desarrollo sostenible y mejorar la calidad de los servicios de salud ofrecidos a la comunidad.

Su formulación se basó en un enfoque participativo y técnico, promoviendo la integración de esfuerzos institucionales y sociales para el cumplimiento de metas específicas. En este contexto, el plan fue presentado y socializado en la reunión de líderes realizada el 13 de junio de 2024, un espacio clave para identificar las necesidades y expectativas de las partes interesadas. Durante esta reunión, se implementó la matriz DOFA como herramienta para evaluar factores internos y externos, permitiendo establecer prioridades estratégicas y orientar la toma de decisiones.

Además, se promovió la participación activa de la Asociación de Usuarios, quienes aportaron valiosas perspectivas sobre las áreas de mejora prioritarias. Este proceso incluyó la planificación de proyectos de inversión

enfocados en el fortalecimiento de las instalaciones físicas y en la optimización de los servicios hospitalarios. Estas iniciativas reflejan el compromiso institucional con la atención integral y la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

La ejecución del Plan de Desarrollo estará sujeta a un seguimiento riguroso mediante el Plan Operativo Anual (POA), instrumento que garantiza la medición periódica de avances y permite realizar ajustes en función de los resultados obtenidos. La aprobación del POA por parte de la Junta Directiva constituye un paso fundamental para asegurar la viabilidad y eficacia del plan.

Cabe destacar que el Plan de Desarrollo fue elaborado durante el primer semestre de 2024 y radicado ante la Junta Directiva en el mes de agosto. Este proceso se realizó en un contexto de desafíos significativos, incluyendo la posterior intervención forzosa del hospital por parte de la Superintendencia de Salud. A pesar de este escenario, el plan representa una hoja de ruta sólida que busca consolidar al Hospital Departamental María Inmaculada ESE como un referente de calidad en la prestación de servicios de salud en la región. En la elaboración del PDD tiene la siguiente estructura:

- **Capítulo I.** Plataforma Estratégica.
- **Capítulo II.** Análisis de la empresa, su población y su entorno.
- **Capítulo III.** Diagnostico Estratégico.
- **Capítulo IV.** Objetivos y Estrategias.
- **Capítulo V.** Proyectos 2024-2028.

En el plan de Desarrollo, se definieron 17 objetivos estratégicos, resultado de un ejercicio participativo que estuvo orientado por un análisis interno y externo de la institución, los cuales a su vez contienen las estrategias, actividades y políticas.

Objetivos Estratégicos 2024-2028



El Plan de Desarrollo del Hospital Departamental María Inmaculada (HDMI) define acciones estratégicas concretas que guían la ejecución operativa a través del Plan Operativo Anual (POA), asegurando el cumplimiento de metas en salud, infraestructura y sostenibilidad.

Es importante resaltar que en la formulación y para la implementación de las líneas estratégicas del Plan de Desarrollo 2024-2028 del Hospital Departamental María Inmaculada (HDMI) mediante acciones concretas en el Plan Operativo Anual (POA), enfocadas en mejorar la calidad del servicio, fortalecer la infraestructura, y garantizar la sostenibilidad financiera. Se avanzó en la implementación de políticas de humanización y seguridad del paciente, logrando capacitar al personal y consolidar estándares de calidad. En infraestructura, se ejecutaron proyectos de ampliación y modernización tecnológica, incluyendo el mantenimiento preventivo de equipos críticos. En cuanto a sostenibilidad, se optimizó el recaudo de cartera y se fortalecieron los procesos administrativos.

Adicionalmente, se desarrollaron estrategias para ampliar la cobertura de atención a poblaciones vulnerables, priorizando brigadas de salud en zonas rurales y la mejora de los centros periféricos. Finalmente, se incrementó la formación del talento humano, asegurando competencias técnicas y un enfoque humanizado en la atención. Estas acciones reflejan el compromiso de la gerencia con los objetivos trazados y con la consolidación del hospital como líder en salud regional.

Proyección financiera y fuentes de financiación

No	NOMBRE DEL PROYECTO	TOTAL	FUENTES DE FINANCIACION				
			MINISTERIO DE SALUD	OUTSOURCING	GOBERNANCION - REGALIAS	OTROS	HDMI
1	Construcción, remodelación, adecuación del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, de Florencia Caquetá. Acorde a las necesidades de servicios planteadas.	\$ 89.226.966.934	\$89.226.966.934				
2	Gestión para la Adquisición de equipos biomédicos para el fortalecimiento de servicios del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, de Florencia Caquetá.	\$ 2.800.000.000	\$ 2.500.000.000				\$300.000.000
3	Fortalecimiento del servicio de hemodinamia, incluida la operación del Angiógrafo del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	\$ 14.000.000.000		\$14.000.000.000			
4	Gestión para la reposición del Tomógrafo del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	\$ 5.900.000.000			\$ 5.900.000.000		
5	Gestión para la adquisición de ambulancia de Transporte Asistencial (3) Medicalizada, para el Hospital Departamental María Inmaculada.	\$ 1.600.000.000	\$ 1.600.000.000				
6	Implementación del servicio de ONCOLOGIA, con su CENTRAL DE MEZCLAS, del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	\$ 4.800.000.000		\$ 4.800.000.000			
7	Gestión del proyecto para la adquisición de la Unidad Móvil, para la captación de sangre, de HDMI.	\$ 900.000.000			\$ 900.000.000		
8	Suministro e Instalación de Ascensor Camero para la sede principal del HDMI.	\$ 800.000.000					\$ 800.000.000
9	Gestión para la adquisición del sistema de llamado de enfermería audible y visible, para el HDMI.	\$ 500.000.000				\$ 500.000.000	
10	Gestión de proyectos para el mejoramiento de la infraestructura de los Centros y Puestos de Salud Adscritos al HDMI.	\$ 1.400.000.000	\$ 1.400.000.000				
11	Mejoramiento de la infraestructura física de los servicios asistenciales y áreas administrativas de la torre actual y centros de salud	\$ 2.000.000.000					\$2.000.000.000
12	Adquisición y reposición de tecnologías de la información (equipos de cómputo, servidores, almacenamiento, licenciamientos etc.).	\$ 2.000.000.000					\$2.000.000.000
13	Mejoramiento de la infraestructura de red de datos del Hospital María	\$ 500.000.000					\$500.000.000

	Inmaculada y sus centros de salud.						
14	Gestión para la Adquisición y dotación de los equipos de simulación en educación médica para la ESE Hospital Departamental María Inmaculada de Florencia - Caquetá	\$ 300.000.000				\$300.000.000	
15	Gestión para la Adquisición de equipamiento para el banco de leche humana del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E del Departamento del Caquetá.	\$ 400.000.000				\$400.000.000	
16	Gestión para la Dotación hospitalaria de la segunda torre del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	\$ 41.000.000.000	\$40.000.000.000		\$1.000.000.000		
17	Gestión para Reordenamiento Hospitalario de la infraestructura actual del Hospital Departamental María Inmaculada ESE de Florencia Caquetá	\$ 15.000.000.000	\$15.000.000.000				
18	Gestión para Construcción de la planta de tratamiento de aguas residuales PTAR del Hospital Departamental María Inmaculada	\$ 1.800.000.000			\$1.800.000.000		
19	Gestión para Construcción y adecuación de la central eléctrica del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.	\$ 2.500.000.000				\$2.000.000.000	\$500.000.000
20	Construcción del nuevo centro de salud sede la UNION PENEYA del Municipio de la Montañita, ESE Hospital Departamental María Inmaculada	\$ 3.100.000.000			\$3.000.000.000		\$100.000.000
21	Gestión de la Construcción del nuevo centro de salud sede La Montañita del Municipio de la Montañita, ESE Hospital Departamental María Inmaculada	\$ 3.100.000.000			\$3.000.000.000		\$100.000.000
22	Gestión de la Construcción Del Puesto De Salud De Agua Bonita - Municipio La Montañita, Etc. Agua Bonita	\$ 600.000.000	\$ 600.000.000				
23	Remodelación PUESTO DE SALUD DE BOLIVIA - MUNICIPIO DE MORELIA	\$ 320.000.000	\$ 320.000.000				
24	Gestión para la Adecuación dotación e instalación del servicio de telemedicina y renovación tecnológica	\$ 300.000.000				\$300.000.000	
25	Gestión para adquisición del parque automotor administrativo del Hospital Departamental María Inmaculada ESE a	\$ 600.000.000	\$ 600.000.000				

26	Gestión para Adquisición e instalación de paneles solares en el Hospital Departamental María Inmaculada	\$3.200.000.000	\$ 1.500.000.000		\$ 900.000.000	\$500.000.000	\$ 300.000.000
27	Adecuación, mantenimiento y Certificación de BPM (Buenas Prácticas de manufactura) de gases medicinales (oxígeno y aire comprimido), del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	\$ 700.000.000					\$ 700.000.000
28	Certificación en BPM y Operación de la planta productora de Oxígeno medicinal en el Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	\$ 600.000.000					\$ 600.000.000
29	Unificación y Actualización del Sistema de Información Software Administrativo, Financiero y Asistencial (Historia Clínica) del Hospital Departamental María Inmaculada y sus centros de salud.	\$ 810.000.000					\$ 810.000.000
TOTAL PROYECTOS PLAN DE DESARROLLO		\$ 200.956.966.934	\$ 159.546.966.934	\$ 18.800.000.000	\$ 9.700.000.000	\$ 4.200.000.000	\$ 8.710.000.000

Resultados Clave

- Definición de 17 objetivos estratégicos orientados a mejorar la calidad del servicio, fortalecer la infraestructura y garantizar la sostenibilidad financiera.
- Implementación de políticas de humanización y seguridad del paciente, capacitando al personal y consolidando estándares de calidad.
- Fortalecimiento de la infraestructura mediante proyectos de modernización tecnológica, ampliación y mantenimiento preventivo de equipos críticos.
- Optimización de la sostenibilidad financiera con una mejor gestión del recaudo de cartera y fortalecimiento de los procesos administrativos.
- Ampliación de la cobertura de atención a poblaciones vulnerables, priorizando brigadas de salud en zonas rurales y mejora de centros periféricos

NOTA: Durante la vigencia 2024, la Oficina Asesora de Planeación elaboró el documento Plan de Desarrollo “Luchando por tu salud 2024-2028”, el cual fue radicado ante la Junta Directiva mediante el oficio con radicado No. 3011 de fecha 31 de julio de 2024, con el asunto "Presentación del Plan de Desarrollo ‘Luchando por tu salud 2024-2028’" para su posterior validación y aprobación.

Sin embargo, el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. fue intervenido por la Superintendencia de Salud y Protección Social el pasado 14 de agosto de 2024, mediante la resolución No. 2024420000007665-6 de la misma fecha. En consecuencia, el Agente Especial Interventor expidió el acto administrativo Resolución No. 836 del 02 de septiembre de 2024, "Por medio de la cual se modifica el organigrama institucional del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.". En el artículo primero de dicha resolución, se modifica el organigrama institucional, dejando sin participación a la Junta Directiva.

Como consecuencia de la falta de aprobación del Plan de Desarrollo para el periodo 2024-2028, no es posible proceder con la formulación del Plan Operativo Anual (POA) para la vigencia 2024.

- **SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT**

El informe presenta la gestión realizada por el Hospital Departamental María Inmaculada en la implementación y operación del **Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT/FPADM)** durante la vigencia 2024. Este informe cumple con los lineamientos establecidos en:

- **Circular 009 de 2016** – Superintendencia Nacional de Salud.
- **Circular Externa No. 202111700000005-5 de 2021** – Superintendencia Nacional de Salud.

La implementación del SARLAFT responde a la necesidad de establecer mecanismos efectivos de **prevención y control** ante posibles riesgos asociados a operaciones de lavado de activos (LA) y financiación del terrorismo (FT). El sector salud es particularmente vulnerable a este tipo de actividades debido al manejo de recursos financieros y la relación con múltiples actores (proveedores, clientes y empleados).

El informe busca evidenciar el nivel de cumplimiento normativo y los resultados obtenidos en la prevención y mitigación de estos riesgos. También destaca las estrategias de fortalecimiento institucional y la transparencia en las operaciones del hospital.

Operatividad del SARLAFT/FPADM

El Hospital Departamental María Inmaculada adoptó medidas para garantizar la operatividad efectiva del SARLAFT:

- **Política SARLAFT:** Establecida mediante el **Acuerdo No. 0003 del 6 de febrero de 2017**, que define las bases para la prevención y control del riesgo de LA/FT.
- **Verificaciones y controles:** Se establecieron procedimientos de control en las áreas estratégicas (Talento Humano, Contratación,

Tesorería y Jurídica) para garantizar el cumplimiento de las directrices del SARLAFT.

- **Supervisión trimestral:** El Oficial de Cumplimiento realizó evaluaciones trimestrales para identificar desviaciones y proponer mejoras.

Conocimiento del Cliente:

El hospital implementó mecanismos para verificar la idoneidad de las relaciones comerciales y laborales:

Seguimiento de la plataforma Tusdatos.co:

Se realizaron **1.941 consultas** entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024, de las cuales:

- **1.647** consultas sobre personas.
- **294** consultas sobre empresas y representantes legales.

La plataforma facilita la validación de antecedentes mediante acceso a más de **300 bases de datos** nacionales e internacionales (OFAC, ONU, Procuraduría, Contraloría y Policía Nacional).

Distribución de resultados de las consultas:

De las 1.941 consultas realizadas, **916 presentaron hallazgos** clasificados por nivel de riesgo:

Nivel de riesgo	Cantidad de hallazgos
Alto	65
Medio	766
Bajo	85
Informativo	1

Distribución por tipo de identificación:

- **CC:** 1.639 consultas: Se presentaron 859 hallazgos.
- **NIT:** 283 consultas: Se presentaron 161 hallazgos.
- **CE:** 7 consultas: Se presentaron 4 hallazgos.
- **PPT:** 11 consultas: Se presentaron 3 hallazgos.
- **PP:** 1 consulta: Se presentaron 1 hallazgo.

Administración del Riesgo

El hospital ha identificado y gestionado los siguientes riesgos clave:

1. Dirección Estratégica

- **Riesgo:** Utilización de la institución para actividades ilícitas.
- **Control:** Evaluación trimestral por el Oficial de Cumplimiento en Talento Humano, Contratación, Almacén y Tesorería para verificar la aplicación del Manual SARLAFT.

2. Talento Humano

- **Riesgo:** Contratación de personal con antecedentes relacionados con LA/FT.
- **Control:** Verificación en listas restrictivas antes de formalizar cualquier contrato.

3. Gestión Financiera

- **Riesgo:** Recepción de transacciones en efectivo superiores a \$5.000.000 o acumuladas por más de \$25.000.000 mensuales.
- **Control:** Validación por parte de Tesorería y documentación de las transacciones.

4. Recursos Físicos

- **Riesgo:** Ejecución inadecuada de procesos de compra o contratación.
- **Control:** Verificación en bases de datos restrictivas antes de perfeccionar órdenes de compra.

5. Gestión Jurídica

- **Riesgo:** Formalización de contratos con entidades o personas vinculadas a LA/FT.
- **Control:** Validación de antecedentes mediante la plataforma Tusdatos.co antes de formalizar contratos.

Capacitación y Sensibilización

En 2024, se realizaron **dos jornadas de capacitación** sobre SARLAFT:

- **27 de septiembre de 2024:** Capacitación para las áreas de Talento Humano, Contratación y Almacén.
- **30 de septiembre de 2024:** Seguimiento y acompañamiento en el área de Contratación y Almacén.
- Se evidenció la necesidad de implementar un **cronograma de capacitaciones permanente** para reforzar la cultura de prevención.

Reportes a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF)

El hospital cumplió con la presentación de **reportes mensuales** ante la UIAF a través del Sistema de Reporte en Línea (SIREL):

Mes	Reporte de Operaciones Sospechosas (ROS)	Reporte de Procedimientos	Reporte de Proveedores
Enero a diciembre 2024	Ausencia	Ausencia	Ausencia

- **Reporte de Operaciones Sospechosas (ROS):** No se identificaron operaciones sospechosas.
- **Reporte de Procedimientos:** No se evidenciaron transacciones en efectivo fuera de los parámetros establecidos.
- **Reporte de Proveedores:** No se identificaron patrones de comportamiento sospechoso en las operaciones de proveedores.

• CONTRATACIÓN CON EAPB

En la vigencia 2024 con corte a 31 de diciembre, se efectuó la siguiente contratación con las diferentes Entidades responsables de pago - ERP, por valor de \$118.409.929.647, así:

ERP/EPS	AFILIADOS 2024 \$GSS\$	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	PPNA	SUBSIDIO A LA OFERTA	PIC	TOTAL CONTRATOS
ASMET SALUD	310.900	\$ 77.000.000.000	\$ 2.100.000.000					\$ 83.648.000.000
ASMET SALUD PRIMER NIVEL CAPITAL (PRIMER NIVEL)		\$ 2.500.000.000						
ASMET SALUD PRIMER NIVEL EVENTO (PRIMER NIVEL)		\$ 1.548.000.000	\$ 500.000.000					
NUEVA EPS	58.852		\$ 13.000.000.000					\$ 13.000.000.000
POLICIA NACIONAL (Regional de Aseguramiento No.2)	0		\$ -	\$ 1.522.040.000				\$ 1.522.040.000
ESM BATALLON ASPC NO.12 Gral. Fernando Serrano	0		\$ -	\$ 2.950.000.000				\$ 2.950.000.000
UNIÓN TEMPORAL SALUD SUR 2 (FAMAC)	10.864		\$ -	\$ 600.000.000				\$ 600.000.000
FIDEICOMISO PATRIMONIOS AUTONOMOS FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A/FOMAG				\$ 286.648.891				\$ 286.648.891
FIDEICOMISO FONDO NACIONAL DE SALUD PPL.	0		\$ -	\$ 235.973.000				\$ 235.973.000
SANITAS EPS	39.539		\$ 9.000.000.000	\$ -				\$ 9.000.000.000
CEDIM				\$ 100.000.000				\$ 100.000.000
SENA				\$ 40.000.000				\$ 40.000.000
UROCAQ				\$ 15.000.000				\$ 15.000.000
CORPOMEDICA				\$ 30.000.000				\$ 30.000.000
POSITIVA				\$ 500.000.000				\$ 500.000.000
GOBERNACIÓN PIC-DEPARTAMENTAL							\$ 695.949.570	\$ 695.949.570
MUNICIPIO DE LA MONTAÑITA PIC-2024							\$ 228.966.600	\$ 228.966.600

MUNICIPIO DE MORELIA PIC-2024							\$ 102.301.233	\$ 102.301.233
GOBERNACIÓN DE CAQUETA					0	\$ 3.045.050.353		\$ 3.045.050.353
COMPENSAR EPS		\$ 500.000.000	\$ 500.000.000					\$ 1.000.000.000
EMSSANAR EPS SAS		\$ 1.270.000.000	\$ 140.000.000					\$ 1.410.000.000
TOTAL	420.155	\$ 82.818.000.000	\$ 25.240.000.000	\$ 6.279.661.891	\$ -	\$ 3.045.050.353	\$ 1.027.217.403	\$ 118.409.929.647

Durante la vigencia 2024, el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. realizó contratos con distintas EAPB por un valor total de 118.409.929.647M/Cte.. A continuación, se presenta el análisis de los contratos según su valor y su contribución al total contratado.

EAPB con Mayor Valor Contratado

La EAPB con el mayor contrato fue ASMETSALUD, con un monto de 83.648.000.000M/Cte., lo que representa el 70.64% del total contratado. Esta entidad tiene una participación significativa dentro del portafolio de contratación del hospital.

Principales Contribuyentes al Total Contratado

- **ASMETSALUD** - 83.648.000.000 COP (70.64% del total)
- **NUEVA EPS** - 13.000.000.000 COP (10.98% del total)
- **SANITAS EPS** - 9.000.000.000 COP (7.60% del total)
- **GOBERNACIÓN DE CAQUETÁ** (Subsidio a la Oferta) - 3.045.050.000 COP (2.57% del total)

Importancia de los Contratos con el Régimen Especial

Dentro de los contratos firmados, es importante destacar los acuerdos con el Batallón y la Policía Nacional, entidades que pertenecen al régimen especial de salud. Estos contratos tienen un impacto positivo en el flujo de caja del hospital, ya que presentan menores índices de cartera y tiempos de pago más ágiles, asegurando una liquidez constante para la institución. Asimismo, se debe considerar que 500 millones de pesos del contrato con la Policía corresponden a vigencias futuras de la vigencia 2025, por lo que no hacen parte del flujo financiero inmediato de la actual vigencia. Sin embargo, su impacto será relevante en el próximo periodo fiscal.

Tarifas ofertadas.

- 1) ASMET SOAT VIGENTE -28%
- 2) NUEVA EPS SOAT VIGENTE -10%
- 3) BATALLON SOAT VIGENTE - 24%

- 4) POLICIA NACIONAL SOAT VIGENTE -20%
- 5) SENA SOAT PLENO
- 6) SANITAS SOAT PLENO
- 7) PPL SOAT PLENO
- 8) EMSSANAR SOAT -23%
- 9) POSITIVA SOAT PLENO
- 10) COMPENSAR SOAT PLENO

1.1.3. Logros del proceso

- Aseguramiento del recurso por valor de \$89.226.966.934 para la construcción de la nueva torre del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., lo que permitirá la ampliación de los servicios de salud y beneficiará a una mayor población.
- Se radicaron proyectos por un total de \$6.931.800.625, con énfasis en la reposición de equipos biomédicos, fortalecimiento de unidades móviles y adquisición de dotación quirúrgica.
- Se logró la asignación de \$833.038.338 para adecuaciones menores en infraestructura de los centros de salud de Morelia.
- Se alcanzó un 96% de cumplimiento en la ejecución del Plan Anticorrupción 2024.
- Identificación y mitigación de riesgos de corrupción con una cobertura del 100% en la implementación del mapa de riesgos.
- Implementación de mecanismos de transparencia con un 84% de cumplimiento, con avances en la publicación de información de interés público.
- Se establecieron 17 objetivos estratégicos en el Plan de Desarrollo 2024-2028, con un enfoque en infraestructura, talento humano, equipamiento médico y modernización tecnológica.
- Presentación del Plan de Desarrollo "Luchando por tu salud 2024-2028" ante la Junta Directiva.
- Contratación con entidades responsables del pago (ERP/EPS) por \$118.409.929.647, con ASMETSALUD como el mayor contribuyente (70.64% del total).
- Inclusión de contratos con entidades del régimen especial, como Batallón ASPC No. 12 y Policía Nacional, garantizando ingresos estables y liquidez para el hospital.

- Aplicación de controles para la prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo mediante el SARLAFT.
- Evaluación de 1.941 consultas en bases de datos nacionales e internacionales para verificar antecedentes de contratistas y proveedores.
- Capacitación del personal en mecanismos de prevención y control de riesgos.

1.1.4. Metas o indicadores

Los indicadores de **Direccionamiento Estratégico** tienen como propósito evaluar la eficiencia y efectividad de los procesos institucionales en términos de comunicación, planeación y gestión de información. Durante la vigencia 2024, se realizó el seguimiento y análisis de los siguientes cuatro indicadores:

- Cumplimiento del Plan Anual de Comunicaciones (DE)
- Efectividad de los Canales de Difusión (DE-01)
- Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional/POA (DE-PLG-03)
- Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones (RIPS) (DE-PLG-08)

Resultados de la medición de indicadores Direccionamiento Estratégico:

A continuación, se presenta el análisis de cada indicador de acuerdo con los valores capturados de acuerdo a la periodicidad de medición y su desempeño en la vigencia 2024.

☐	346	EFD	Cumplimiento plan anual de comunicaciones	DE	3	2024-05-10 10:40:39	Activo	⬆	90,00	100,00	100,00
☐	341	EFD	Efectividad de los canales de difusión	DE-01	1	2024-11-25 14:44:10	Activo	⬆	90,00	167,17	167,17
☐	161	EFD	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional/POA	DE-PLG-03	1	2024-02-07 09:19:27	Activo	⬆	90,00	100,00	100,00
☐	173	F	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS	DE-PLG-08	1	2024-01-18 17:40:53	Activo	⬆	4,00	4,00	4,00

Indicador: Cumplimiento del Plan Anual de Comunicaciones (DE)

Este indicador mide el avance en la ejecución de actividades planificadas en el Plan Anual de Comunicaciones.

En cuanto al análisis del indicador, en la vigencia 2024 se presenta un desempeño sobresaliente. Se ejecutaron las 113 actividades programadas, logrando un 100% de cumplimiento, lo que indica una planificación y gestión eficiente.

Cabe resaltar que más allá de lo estipulado en el plan inicial, se llevaron a cabo 239 gestiones adicionales de comunicación, reflejando una capacidad de respuesta y adaptación a necesidades emergentes, y en

cuanto a la gestión de solicitudes a través de la plataforma "Mesa de Ayuda", se procesaron 151 solicitudes, de las cuales 150 fueron resueltas de manera satisfactoria y solo una quedó pendiente para cierre.

Indicador: Efectividad de los Canales de Difusión (DE-01)

Este indicador mide el crecimiento en redes sociales y la efectividad de la difusión de información.

El indicador de Efectividad de los Canales de Difusión tuvo un desempeño bastante positivo en la vigencia 2024, logrando un 147% de cumplimiento de la meta anual, lo que refleja un gran impacto en la estrategia de comunicación y crecimiento en redes sociales. Durante el primer y segundo trimestre, las metas no solo se cumplieron, sino que se superaron ampliamente, lo que indica que las estrategias implementadas en ese período fueron efectivas y bien recibidas por el público.

Sin embargo, en el cuarto trimestre, el crecimiento de seguidores se redujo al 80% de la meta trimestral, lo que generó un impacto en la tendencia anual. Aunque el desempeño global fue alto, esta desaceleración muestra que hubo una disminución en la efectividad de las estrategias de difusión o un posible cambio en el comportamiento de la audiencia.

Indicador: Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional/POA (DE-PLG-03)

Este indicador evalúa el cumplimiento de metas del Plan Operativo Anual (POA) y su ejecución institucional.

Este indicador muestra un cumplimiento del 100%, pero es importante aclarar que este resultado no refleja la ejecución real del Plan Operativo Anual (POA) en 2024. Durante esta vigencia, la institución estaba enfocada en la formulación del Plan de Desarrollo 2024-2028, razón por la cual no se llevó a cabo la implementación del POA.

Además, debido a la intervención administrativa ocurrida en agosto de 2024, el Plan de Desarrollo no fue formalizado, lo que impidió que el POA pudiera ejecutarse. Aunque el indicador aparece con un cumplimiento total en la medición, esto se debe a que la evaluación se realizó con base en la gestión del proceso de planeación y no en la ejecución del POA propiamente dicho.

Indicador: Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones (RIPS) (DE-PLG-08)

Este indicador evalúa la presentación de informes sobre la prestación de servicios de salud basada en el análisis de datos RIPS.

El indicador logró cumplir con su meta anual al presentar cuatro informes trimestrales a la Junta Directiva, alcanzando así el 100% de cumplimiento. A lo largo del año, se mantuvo un desempeño estable.

1.1.5. Retos y oportunidades de mejora

- Asegurar la correcta ejecución de los recursos destinados a la infraestructura hospitalaria, superando los retos administrativos derivados de la intervención de la Superintendencia de Salud.
- Agilizar el proceso licitatorio y garantizar su transparencia para evitar retrasos.
- Gestionar la aprobación del Plan de Desarrollo 2024-2028, ya que su falta de validación afecta la formulación del Plan Operativo Anual (POA).
- Aunque se han radicado proyectos por \$6.931.800.625, su aprobación y financiamiento dependen de futuras asignaciones. Se debe fortalecer la gestión con entidades gubernamentales para obtener recursos de manera más eficiente.
- A pesar de los avances en mecanismos de transparencia, el cumplimiento en acceso a la información se encuentra en 84%, evidenciando la necesidad de optimizar la publicación de datos y facilitar su disponibilidad para la ciudadanía.
- Aunque se han asignado recursos para adecuaciones menores en infraestructura rural, se debe continuar la gestión de proyectos para mejorar la cobertura y calidad de atención en comunidades apartadas.
- Mantener la eficiencia y garantizar la mejora continua en los procesos de comunicación.
- Evaluar nuevas estrategias para la optimización del tiempo de respuesta a solicitudes pendientes.
- Diseñar estrategias sostenibles para mantener el crecimiento constante en redes sociales.
- Identificar las causas de la disminución en el cuarto trimestre y ajustar la estrategia de difusión.
- Garantizar la estabilidad en la gestión administrativa para evitar interrupciones en la ejecución del POA.
- Optimizar el proceso de seguimiento a la ejecución para prevenir posibles retrasos.

1.2. MEJORAMIENTO CONTINUO

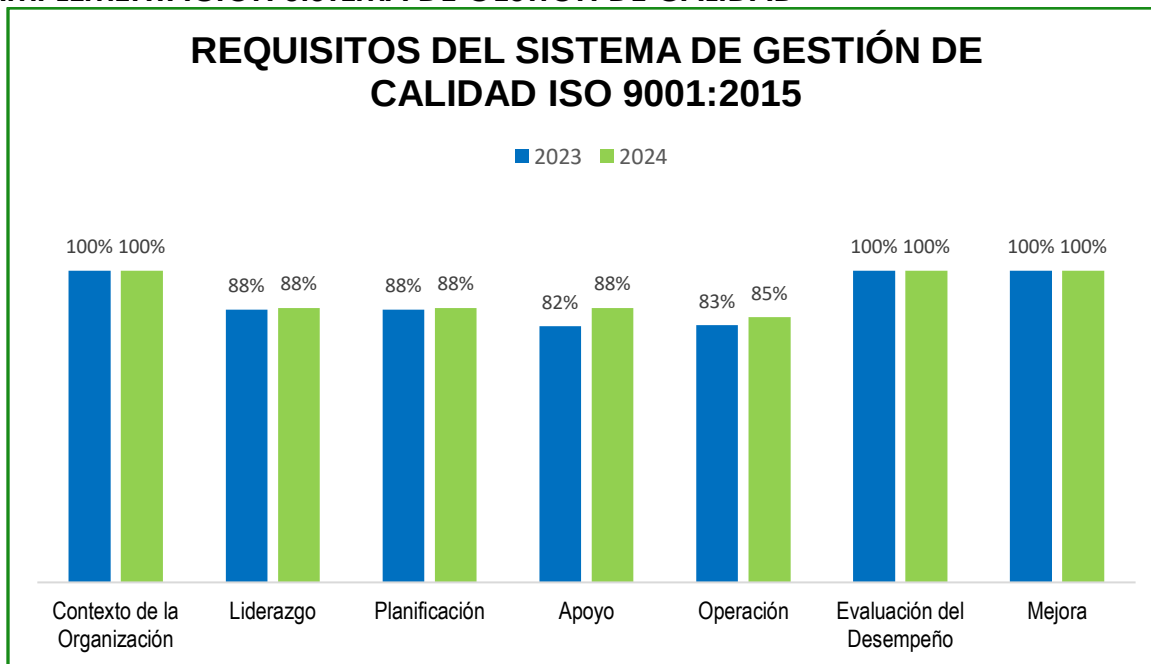
1.2.1. Presentación

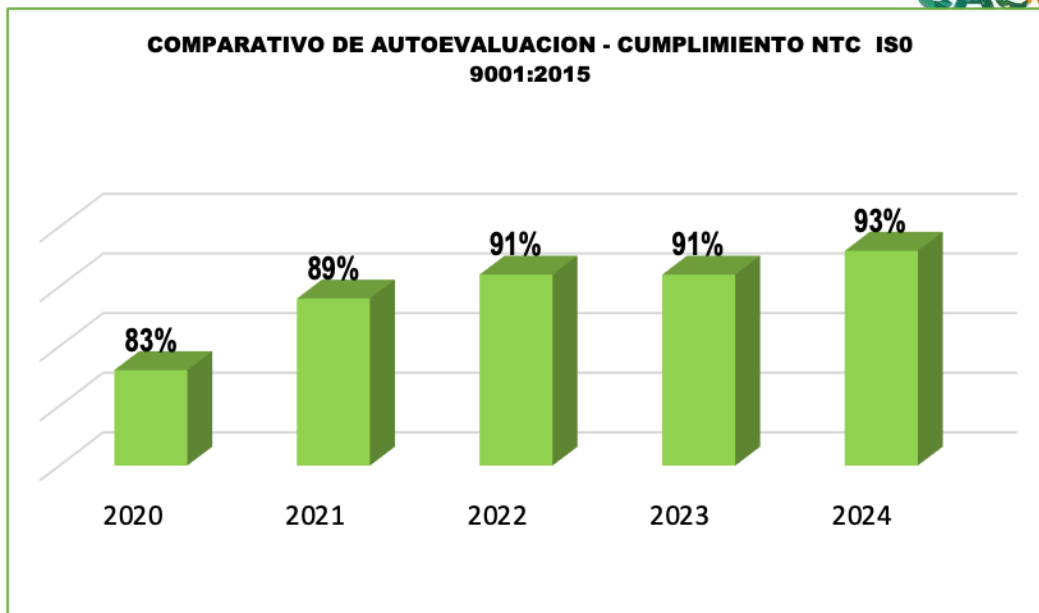
El proceso de Mejoramiento Continuo tiene como objetivo gestionar efectivamente la mejora continua del Sistema Integrado de Gestión, mediante la estandarización y evaluación de los procesos y la implementación y vigilancia a la seguridad del paciente, contribuyendo al logro de los objetivos institucionales.

Su alcance inicia desde la definición de lineamientos del SIG, asistencia técnica y seguimiento a la gestión de los procesos, la evaluación del Sistema y termina en la consolidación de información a la Alta Gerencia para la toma de decisiones.

1.2.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

IMPLEMENTACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD



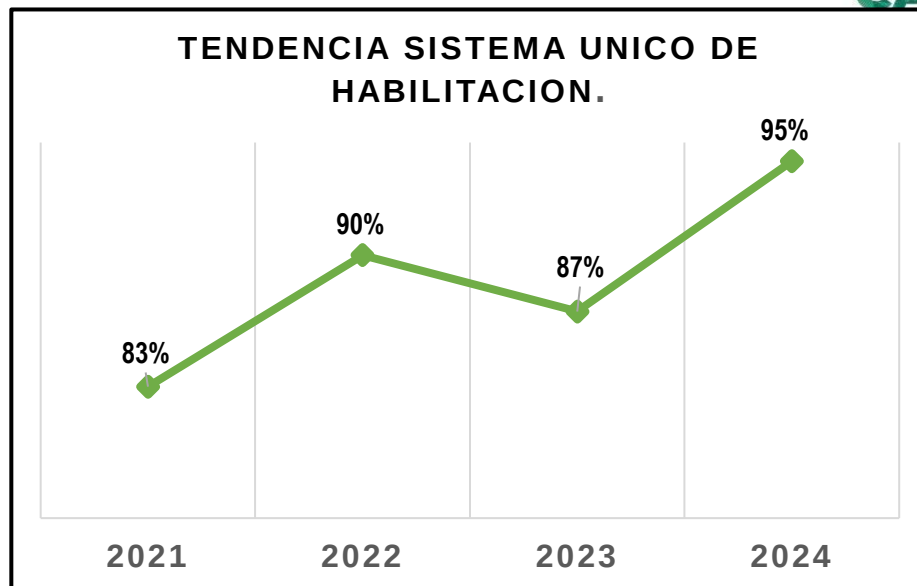


PLANES DE MEJORA

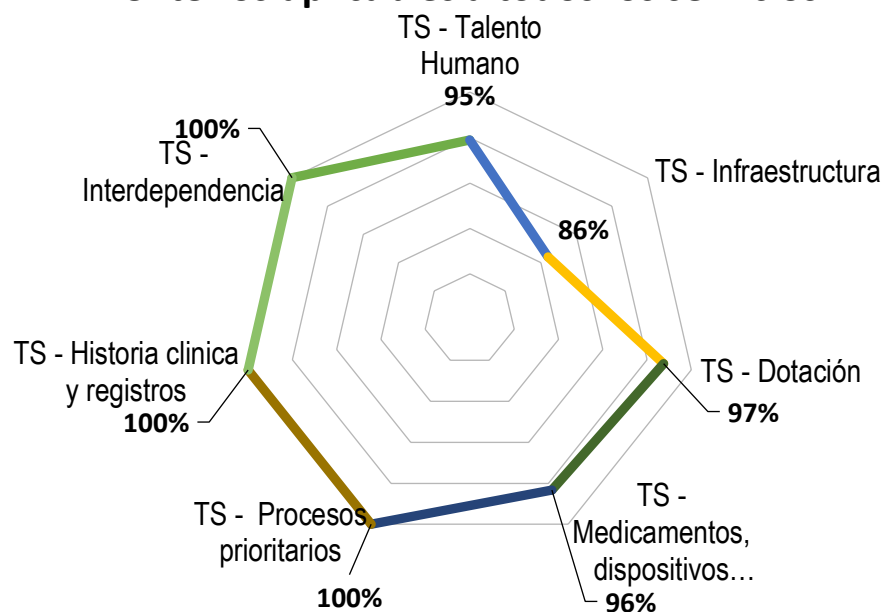
Origen de los planes vigentes a junio 2024

Origen	Total planes	Total acciones	Estado del plan
Contraloría Departamental (2024)	1	5	Cerrado
Ministerio del trabajo (2024)	1	6	Cerrado
Archivo General de la Nación (2016)	1	23	Cerrado
Auditoría externa Invima (2024)	1	6	Ejecución
Auditoría externa Icontec (2023)	2	10	Ejecución
Auditoría interna (Calidad) (2023)	2	22	Ejecución
Auditoría interna- Control interno (2024)	3	31	Ejecución
SSDC, Resolución 1478 de 2006 (2023)	1	6	Ejecución
Autoevaluación Acreditación (Pamec)	6	40	Ejecución
Total	18	149	-

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN RESOLUCIÓN 3100/2019



Criterios aplicables a todos los servicios



En la presente vigencia se evidencia un aumento significativo en el cumplimiento de los estándares de habilitación gracias a la implementación de la Unidad de Ginecobstetricia y al trabajo realizado para subsanar los hallazgos de la vigencia anterior.

SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD Res. 256/2016 PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE 2024

DOMINIO	INDICADORES POR DOMINIO	METAS ALCANZADAS I SEMESTRE 2024	% CANZADO	METAS ALCANZADAS II SEMESTRE 2024	% ALCANZADO
EFFECTIVIDAD	17	13	76%	17	76%
SEGURIDAD	15	14	93%	15	100 %
EXPERIENCIA EN LA ATENCION	12	12	100%	14	100%
TOTAL	44	39	89%	46	93%

En la tabla anterior se evidencia las metas y porcentaje alcanzados derivados de los indicadores según dominio en el primer y segundo semestre de la vigencia 2024 registrando una mejora de 4 % de un semestre a otro.

PAMEC - PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD CIRCULAR EXTERNA 012

Durante el primer semestre de la presente vigencia se realizaron 3 reuniones con los líderes de proceso que conforman el equipo de acreditación con el fin de dar cumplimiento a la ruta crítica del PAMEC.

Autoevaluación vigencia 2023 y 2024

Estándar de acreditación	Calificación cuantitativa 2023	Calificación cuantitativa 2024
Direccionamiento	1,95	1.95
PACAS	1,52	1.57
Gerencia	1,89	2.06
Talento humano	1,87	1.91

Gestión de la tecnología	1,24	1.29
Gerencia de la información	1,34	1.41
Promedio de autoevaluación general	1.71	1.76

SISTEMA UNICO DE ACREDITACION Res. 5095/2018

ESTANDAR	2024		%cumplimiento
	Acciones programadas	Acciones ejecutadas	
Cliente Asistencial	21	13	62 %
Direccionamiento	1	1	100 %
Gerencia	5	4	80 %
Talento Humano	3	3	100 %
Gestión de Tecnología	7	1	14 %
Gerencia de la Información	3	3	100 %
Total	40	25	63%

A partir de las 20 oportunidades de mejora priorizadas se desprenden 40 acciones que se cargaron al software documental Daruma, en el usuario de cada líder de proceso con un plazo de ejecución de 31 de octubre de 2024.

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El programa de seguridad del paciente cuenta con varias estrategias de seguridad y realiza medición a través de listas de chequeo con el fin de establecer adherencia y oportunidades de mejora y así priorizar la

socialización de los paquetes instruccionales que tenemos adoptados en la institución, a continuación, se pueden evidenciar el cumplimiento de las mediciones para la vigencia 2024.

Evaluación y medicinas de protocolos y guías de práctica clínica

ACTIVIDAD	SEGUIMIENTO	Total	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
IDENTIFICACION REDUNDANTE DE PACIENTES MC-F-47	PROGRAMADO	2	100%	Acta N°13 (Enero) Acta N°130 (Julio)
	EJECUTADO	2		
PREVENCION DE CAIDAS MC-F-57	PROGRAMADO	2	100%	Acta N°12 (Enero) Acta N°131 (Julio)
	EJECUTADO	2		
CANALIZACION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DE CATETER MC-F-51	PROGRAMADO	2	100%	Acta N°48 (Febrero) Acta N°159 (Agosto)
	EJECUTADO	2		
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS MC-F-74	PROGRAMADO	2	100%	Acta N°38 (Febrero) Acta N°158 (Agosto)
	EJECUTADO	2		
NOTAS DE ENFERMERIA MC-F-49	PROGRAMADO	2	100%	Acta N°58 (marzo) Acta N°183 (Septiembre)
	EJECUTADO	2		
ENTREGA Y RECIBO DE TURNO MC-F-50	PROGRAMADO	2	100%	Acta N°59 (marzo) Acta N°182 (Septiembre)
	EJECUTADO	2		
VERIFICACIÓN DE TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA LC-F-167	PROGRAMADO	1	100%	Acta N°249 (Noviembre)
	EJECUTADO	1		
LAVADO DE MANOS MC-F-53	PROGRAMADO	4	100%	Acta N°96 (Abril y Mayo) Acta N°250 (Oct-Nov)
	EJECUTADO	4		
	PROGRAMADO	1		

DILIGENCIAMIENTO CONSENTIMIENTO INFORMADO GQ- F-68	EJECUTADO	1	100%	Acta N°108 (Junio)
CIRUGIA SEGURA GQ-F-69	PROGRAMADO	1	100%	Acta N°109 (Junio)
	EJECUTADO	1		
AISLAMIENTO DE PACIENTES MC-F- 54	PROGRAMADO	12	100%	Acta N°8 (Enero) Acta N°37 (Febrero) Acta N°56 (Marzo) Acta N°68 (Abril) Acta N°91 (Mayo) Acta N°115 (Junio) Acta N°125 (Julio) Acta N°154 (Agosto) Acta N°178 (Septiembre) Acta N°209 (Octubre) Acta N°251 (Noviembre) Acta N°265 (Diciembre)
	EJECUTADO	12		
PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION MC-F-45	PROGRAMADO	12	100%	Acta N°9 (Enero) Acta N°36 (Febrero) Acta N°55 (marzo) Acta N°67 (Abril) Acta N°90 (Mayo) Acta N°100 (Junio) Acta N°126 (Julio) Acta N°155
	EJECUTADO	12		

				(Agosto) Acta N°179 (Septiembre) Acta N°210 (Octubre) Acta N°253 (Noviembre) Acta N°266 (Diciembre)	
PREVENCIÓN Y ACCIÓN ANTE UNA FUGA MC-F- 52	PROGRAMADO	12	100%	Acta N°10 (Enero) Acta N°35 (Febrero) Acta N°57 (marzo) Acta N°69 (Abril) Acta N°92 (Mayo) Acta N°102 (Junio) Acta N°128 (Julio) Acta N°156 (Agosto) Acta N°180 (Septiembre) Acta N°211 (Octubre) Acta N°258 (Noviembre) Acta N°267 (Diciembre)	
	EJECUTADO	12			
KIT DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA	PROGRAMADO	12	100%	Acta N°14 (Enero) Acta N°49 (Febrero) Acta N°54 (marzo) Acta N°88 (Mayo) Acta N°101 (Junio) Acta N°127	
	EJECUTADO	12			

				(Julio) Acta N°146 (Agosto) Acta N°177 (Septiembre) Acta N°205 (Octubre) Acta N°254 (Noviembre)	
ATENCION INTEGRAL DEL PARTO	PROGRAMADO	1	100%		
	EJECUTADO	1			
GUIA DE MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBTETRICA "CODIGO ROJO"	PROGRAMADO	4	100%		
	EJECUTADO	4			
GUIA MANEJO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS A LA GESTACION	PROGRAMADO	4	100%		
	EJECUTADO	4			
TOTAL, PROGRAMADO		76	100 %		
TOTAL, EJECUTADO		76			

En la tabla anterior se evidencia las actividades realizadas de acuerdo con el cronograma de actividades para la vigencia y los porcentajes de cumplimiento de las mismas, para la vigencia 2024 se cumplieron todas las actividades priorizadas con un 100 % de cumplimiento.

Conmemoraciones

ACTIVIDAD	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
DIA DE LA DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS	100%	Acta N°79 (25/abr/2024)

DIA MUNDIAL DE LA HIGIENE DE MANOS ¡SALVA VIDAS - Limpia tus manos!	100%	Acta N°99 (6/may/2024)
ENCUESTA CLIMA DE SEGURIDAD	100%	Informe anual
DIA MUNDIAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (17/09/2024)	100%	Acta N°190 (17/sep/2024)
DIA MUNDIAL DEL LAVADO DE MANOS ¡Las manos limpias salvan Vidas!	100%	Acta N°194 (15/oct/2024)
FERIA DE LA CALIDAD	100%	Acta N°262 (6 al 8/nov/ 2024)
VISITA DE ICONTEC	100%	09 al 11 de diciembre 2024

En la tabla anterior se evidencia los porcentajes de cumplimiento de las conmemoraciones que tiene a cargo el programa de seguridad el paciente que para la vigencia 2024 fueron 7 conmemoraciones en las que se realizaron actividades dirigidas al cliente interno como externo.

Inducción y Reinducción convenido docente asistencial

ACTIVIDAD	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
MEDICOS INTERNOS	100%	(27/11/2024) 10:00 am
FUNDACIÓN CIENCIAS DE LA SALUD SAN RAFAEL	100%	(12/02/2024) 02:00 pm (17/05/2024) 02:00 pm (30/08/2024) 02:00 pm
ESCUELA GUILLERMO RUEDA MONTAÑA CRUZ ROJA	100%	(22/03/2024) 02:00 pm

(30/09/2024) 02:00
pm

El programa de Seguridad apoyó en la vigencia 2024 con las inducciones y reinducciones generales relacionados con calidad y seguridad, a los estudiantes de medicina que ingresan como internos, y escuelas de auxiliares de enfermería que rotan por la institución y hacen parte de su formación académica y que cuentan con un convenio docente asistencial y el cumplimiento de estas actividades fue del 100%.

1.2.3. Logros del proceso

- **Certificación de procesos 2024**

La institución cuenta con 8 procesos misionales certificados y 5 servicios certificados con la norma técnica ISO 9001:2015.



- Levantamiento de la medida sanitaria de INVIMA frente a Gases Medicinales.
- Certificación condicionada de BPM Gases medicinales
- Certificación de UCI adultos.

1.2.4. Metas o indicadores

Metas:

- Aperturar nuevos servicios para la alta complejidad: Urología y Oncología.
- Ampliación de la capacidad instalada (camas).
- Certificación total de BPM de Gases Medicinales.

1.2.5. Retos y oportunidades de mejora

Retos

- Mantener las certificaciones vigentes.
- Mejorar el porcentaje de avance de acreditación.

Oportunidades de mejora

- Desarticulación de los procesos.
- Demoras en los cumplimientos en los planes de mejora.
- Dificultad para mantener los indicadores de Gestión.

1.3. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

1.3.1. Presentación

El servicio de Información y Atención al Usuario hace parte del macroproceso estratégico y tiene como objetivo principal: 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

Este informe de rendición de cuentas tiene como objetivo presentar un resumen de las principales actividades realizadas durante el período de enero a octubre de 2024, en el marco del cumplimiento de las metas establecidas en el cronograma matriz de actividades para el año 2024. Se detallan las acciones ejecutadas, los resultados obtenidos y el impacto de las mismas, con especial énfasis en las áreas relacionadas con la educación en salud, la seguridad del paciente, la satisfacción de los usuarios y la respuesta a manifestaciones de los mismos.

Actividades Realizadas

1. Charlas Pedagógicas a Usuarios y Familias: Se llevaron a cabo un total de 49 charlas pedagógicas dirigidas a usuarios y sus familias, abordando diversas temáticas con un enfoque en derechos y deberes, así como en la seguridad del paciente. Los temas tratados incluyeron:

- Lavado de manos
- Protocolo de cirugía segura
- Barreras de seguridad
- Rutas de atención institucionales
- Política de servicio al ciudadano, tanto para usuarios como para funcionarios
- Lactancia materna, entre otros

Estas actividades contribuyeron a promover el conocimiento y la sensibilización en torno a la importancia de los derechos y deberes en salud, así como en la adopción de prácticas seguras y saludables dentro del sistema sanitario.

2. **Cumplimiento del Cronograma de Actividades 2024:** Se dio cumplimiento a las actividades programadas en el cronograma matriz de actividades 2024, garantizando la ejecución de las acciones planificadas en tiempo y forma, lo que permitió avanzar en las metas establecidas para el año.
3. **Asignación de Postoperatorios:** Durante el período de enero a octubre de 2024, se realizaron 3349 asignaciones de postoperatorios en todas las especialidades disponibles, conforme a la disponibilidad de agendas habilitadas por la Subgerencia Científica. Esta acción contribuyó al adecuado seguimiento y control de los pacientes postquirúrgicos, garantizando una atención integral y oportuna.
4. **Encuestas de Satisfacción:** Se realizaron un total de 8362 encuestas de satisfacción en todos los servicios prestados, con el fin de medir la calidad y el nivel de satisfacción de los usuarios. Estas encuestas fueron distribuidas adecuadamente, respetando el tamaño muestral recomendado para asegurar la confiabilidad de los resultados, tanto en servicios hospitalarios como en los servicios de urgencias.
5. **Recepción y Respuesta a Manifestaciones de los Usuarios:** A lo largo del año, se recepcionaron 352 manifestaciones de usuarios, de las cuales:
 - 243 correspondieron a quejas y reclamos.
 - 11 fueron sugerencias, se brindó respuesta oportuna al 100% de las manifestaciones recibidas, asegurando que todas las inquietudes de los usuarios fueran atendidas y resueltas en el menor tiempo posible.
6. **Socialización y Publicación de Agradecimientos:** Se realizó una socialización pública de los agradecimientos a los líderes de procesos y equipos que destacaron en la gestión de los servicios y la atención a los usuarios. Esto no solo refuerza el reconocimiento de su labor, sino que también fomenta un ambiente de motivación y compromiso en el personal.
7. **Seguimiento de Adherencia a Derechos y Deberes en Salud:** En el seguimiento realizado a los usuarios, se constató que 4635 usuarios tienen conocimiento de sus derechos y deberes en salud, lo que representa el 55,4% de la población objetivo. Este resultado refleja que más de la mitad de los usuarios conocen y comprenden los principios que rigen su relación con el sistema de salud, lo que representa un avance significativo en la promoción de la educación en salud y el empoderamiento de los usuarios.

1.3.3. Logros del proceso

Principales resultados obtenidos incluyendo mejora y avances significativos.

- **Educación y Sensibilización:** La implementación de las charlas pedagógicas ha permitido fortalecer la comprensión de los usuarios y sus familias sobre sus derechos y responsabilidades, así como las prácticas de seguridad que deben seguir para garantizar una atención de calidad.
- **Satisfacción del Usuario:** Las encuestas de satisfacción nos brindaron datos valiosos que nos permitieron identificar áreas de mejora y fortalecer aquellos aspectos en los que los usuarios se mostraron más satisfechos. Este análisis también sirve como base para la toma de decisiones orientadas a mejorar la calidad de los servicios.
- **Gestión de Manifestaciones:** La respuesta oportuna a las quejas y reclamos contribuyó a la confianza de los usuarios en la institución, demostrando el compromiso con su bienestar y la transparencia en la gestión.
- **Adherencia a Derechos y Deberes:** El seguimiento a los derechos y deberes demuestra que un número considerable de usuarios está al tanto de estos principios, lo cual es clave para su participación activa en el proceso de atención médica y la promoción de una cultura de responsabilidad compartida.
- **Actualización de formatos y Procedimientos:** Se llevó a cabo una actualización exitosa de los formatos y procedimientos de acuerdo con lo establecido en la [MC-G-01] Guía de elaboración y administración de documentos. Este proceso ha permitido garantizar que todos los documentos relacionados con la atención al usuario estén alineados con los lineamientos y normativas vigentes, mejorando la eficiencia y transparencia en la gestión.
- **Transformación Digital de las Encuestas:** Con el objetivo de optimizar la recolección de datos y mejorar la accesibilidad, se migraron las encuestas de satisfacción de papel a encuestas en línea. Este cambio no solo ha facilitado la recopilación de información, sino que también ha reducido el uso de recursos físicos, contribuyendo al proceso de digitalización de la institución.
- **Digitalización del Formato PQRS mediante Código QR:** Se implementó un sistema digital para la recepción y seguimiento de las PQRS (Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias) mediante el uso de códigos QR. Esto ha permitido a los usuarios acceder fácilmente a un formato digital, enviando sus inquietudes de manera más rápida y eficiente.
- **Socialización de la Resolución 1049 y la Política de Servicio al Ciudadano:** Se documentó y socializó la Resolución 1049, mediante la cual se crea la Política de Servicio al Ciudadano del HDMI_0001.pdf. Esta política fue socializada tanto a usuarios como a funcionarios, lo que ha reforzado el

compromiso institucional con la calidad del servicio, la transparencia, y la mejora continua.

- **Contratación de Intérprete de Lengua de Señas Colombiana (LSC):** Como parte del proceso de inclusión, se contrató un intérprete de Lengua de Señas Colombiana (LSC), quien ha apoyado las transmisiones en vivo y la realización de videos inclusivos para la comunidad sorda. Estos videos se transmiten en áreas clave como urgencias, cirugía y consulta externa, lo que ha mejorado la accesibilidad de la información y la atención en la institución. Además, el intérprete ha acompañado el cronograma de capacitación en áreas críticas, brindando apoyo directo al personal asistencial y a los usuarios en consulta y procedimientos.
- **Implementación de Rondas en los Servicios de Atención al Usuario:** Se implementó un proceso de rondas periódicas en los servicios, tanto en la mañana como en la tarde, realizado por el personal de atención al usuario. Esto ha mejorado la supervisión y la interacción directa con los usuarios, permitiendo resolver inquietudes y garantizar una atención más personalizada y eficiente.
- **Publicación de Comparativos de Servicios en la Cartelera del SIAU:** Se estableció un mecanismo de publicación en cartelera en el SIAU, que muestra el comparativo de los servicios hospitalarios, GUO y GCC. Esta transparencia en la información permite a los usuarios estar mejor informados sobre la disponibilidad y el rendimiento de los servicios ofrecidos por la institución.
- **Apoyo en Facturación para Atención Diferencial:** Se brindó un apoyo efectivo al proceso de facturación mediante la revisión de los requisitos establecidos en la contratación con las EAPB para la atención diferencial a sujetos de especial protección, de acuerdo con la Ley 1751 de 2015, Artículo 11. Este proceso incluye la atención diferenciada a grupos como las fuerzas militares, policía, SENA, fiduprevisora, particulares y beneficiarios del régimen contributivo.
- **Promoción del Programa de Donaciones del SIAU:** Se dio continuidad al programa de donaciones impulsado por el SIAU, promoviendo la participación activa de la comunidad y contribuyendo a fortalecer la responsabilidad social del hospital.
- **Migración Efectiva a Software Dinámica Gerencial de Historias Clínicas:** Se completó con éxito la migración al software Dinámica Gerencial de Historias Clínicas, lo que ha permitido una gestión más eficiente y segura de la información clínica de los pacientes.
- **Apoyo Logístico a la Asociación de Usuarios:** Se brindó apoyo logístico a la Asociación de Usuarios para la convocatoria y elección de los siete miembros que representan a la Asociación para el periodo 2025-2026.

Esta actividad contó con una participación exponencial de la comunidad, lo que demuestra un fuerte compromiso de los usuarios en la toma de decisiones y la representación dentro de la institución.

- **Asignación de Postoperatorios para Mejorar la Atención Quirúrgica:** Se implementaron estrategias dentro del proceso de Atención al Usuario, mediante la asignación de postoperatorios de forma eficiente al proceso de Gestión Quirúrgica. Esta acción permitió mejorar la atención postquirúrgica y reducir los riesgos de complicaciones tempranas, como infecciones, hemorragias o problemas relacionados con la anestesia, dentro de las primeras 24 a 72 horas posteriores a la cirugía.

1.3.4. Metas o indicadores

Análisis de los principales indicadores de gestión, cumplimiento de metas y explicación de posibles variaciones:

- **% de Quejas, Reclamos y Sugerencias resueltas oportunamente**

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Durante el 2024, se recibieron un total de 352 manifestaciones, de las cuales predominan las quejas y reclamos (72,1%) y felicitaciones (27,8%) tienen una proporción menor. Este comportamiento refleja una alta tendencia de los usuarios a manifestar insatisfacción o inconformidades, en comparación con las observaciones positivas. Al comparar con el mismo periodo del año 2023, se evidencia un incremento de 32 inconformidades, con un aumento del 14,41% (de 222 a 254 quejas y reclamos). Durante el periodo de análisis, el hospital reportó un total de **30,765 egresos hospitalarios**. De este total, **254 usuarios** interpusieron **quejas e inconformidades** relacionadas con el proceso de atención equivalente al 0,83%

El mecanismo preferido por los usuarios es el buzón de sugerencias, lo que refleja la facilidad de acceso y cercanía en las áreas más frecuentadas por los usuarios.

- **Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS**

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

Valores capturados												
	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2023	93,72	94,95	94,35	94,54	94,06	92,80	93,56	95,15	93,79	92,64	93,11	94,47
2024	96,95	96,11	95,81	92,42	92,64	94,85	95,24	95,04	94,12	96,88	92,95	95,16

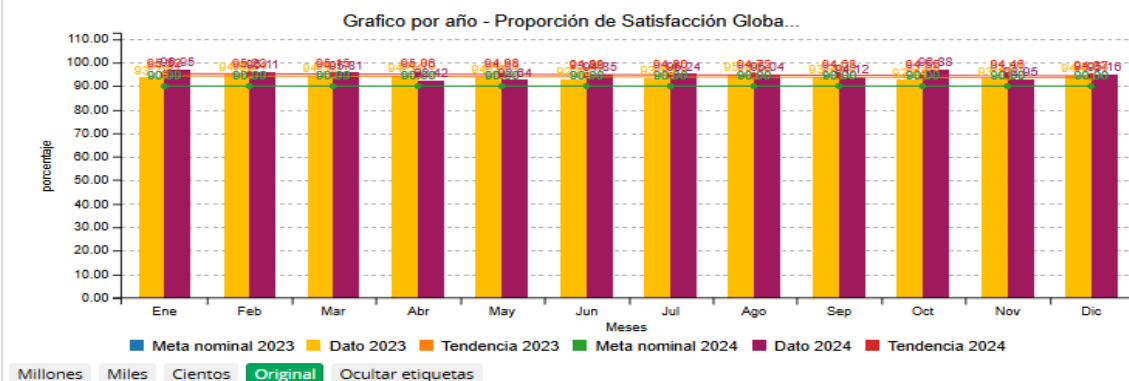
Notas: Unidad de medición: porcentaje

Valores acumulados

Valores promediados

Seguimiento por periodos

Cumplimiento frente a la meta



ESTADÍSTICAS

Promedio: 94,39
Desviación estandar: 1,27
Trending: $y = 0,04x + 93,95$
Tendencia calculada: $\uparrow$
Valor esperado: 94,95

El indicador de satisfacción muestra que el 94,8% de los usuarios están satisfechos con la atención prestada, lo que refleja el cumplimiento de la meta nominal establecida para el periodo de enero a diciembre de 2024. No obstante, comparado con el mismo periodo del año anterior, se observa un incremento del 0,9% en la satisfacción general. En términos generales, se

cumple el objetivo en casi todas las áreas de atención, excepto en el servicio de urgencias, donde se detectan varios factores críticos dentro de los que se destacan: desbordamiento de la capacidad instalada , sobrepasando la infraestructura y recursos disponibles, afectando tanto la atención como la calidad percibida por los usuarios, demora en los tiempos de atención, limitaciones de las condiciones de bienestar y la falta de privacidad , disponibilidad limitada del personal médico y auxiliar para ejecutar el plan terapéutico de nuestros pacientes.

- **Proporción de Usuarios que recomienda la IPS a un familiar o amigo**

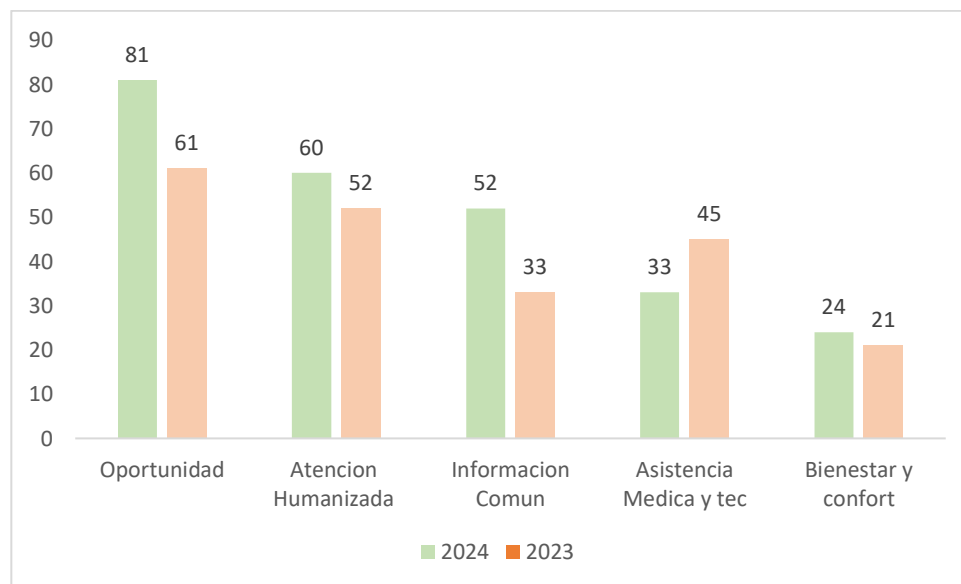
REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



El 97,2 % de los usuarios encuestados referencian positivamente los servicios del Hospital Departamental María Inmaculada, equivalente a 8127 usuarios de los 8362 a quienes se les aplicó la encuesta de satisfacción en el año 2024. El 2,8 % no referencia los servicios (235) usuarios del total de los encuestados. Respecto al año anterior se evidencia incremento del 0,2%

registrando 97,0 atendiendo las mejoras implementadas para fortalecer los procesos, dentro de las que se destacan fortalecimiento de la ruta materno perinatal, cesáreas humanizadas, ampliación de los horarios para padres, abuelos en la UCIN y estrategias encaminadas a dar cumplimiento a la atención centrada en el usuario y familia.

- **Principales causas de Insatisfacción**



Durante el año 2024, se observa que la principal causa de insatisfacción de los usuarios en los servicios de atención se centra en la oportunidad en el proceso de atención. Este factor es seguido por la falta de atención humanizada y buen trato, así como deficiencias en la información y comunicación proporcionada a los pacientes. Además, se identifican áreas de mejora en las condiciones de bienestar y confort dentro del entorno hospitalario. Estas causas destacan la importancia de los aspectos no solo técnicos, sino también emocionales y comunicativos dentro de la experiencia del paciente.

Al comparar estos resultados con los datos obtenidos en 2023, se pueden identificar ciertas coincidencias en las tres primeras causas de insatisfacción. Las percepciones negativas de los usuarios en relación con la oportunidad en la atención, la falta de un trato más cercano y la deficiencia en la comunicación continúan siendo recurrentes. Sin embargo, es importante señalar que factores contextuales, como la reorganización de los servicios, el desbordamiento de la capacidad de atención en urgencias y hospitalización, han contribuido significativamente a estas inconformidades. La sobrecarga de los servicios, sumada a las limitaciones en los recursos y tiempos de respuesta, ha generado frustración tanto en los usuarios como en sus familias.

1.3.5. Retos y oportunidades de mejora

Identificación de los Desafíos Enfrentados, Estrategias Implementadas y Propuestas de Mejora:

Desafíos enfrentados:

- **Cumplimiento de los Tiempos de Respuesta a Peticiones, Quejas y Reclamos (PQRS):** Uno de los principales desafíos identificados fue cumplir con los tiempos establecidos por la ley para dar respuesta a las peticiones, quejas y reclamos, conforme a la Circular Externa 2023151000000010-5 y la Ley 1755 de 2015. Aunque se logró una respuesta oportuna, la gestión eficiente de las solicitudes dentro de los plazos legales sigue siendo un área en constante revisión y mejora.
- **Necesidad de Invertir en Tecnologías Avanzadas y Accesibles:** A pesar de los avances en la digitalización de ciertos procesos, el desafío sigue siendo la necesidad de invertir en tecnologías más avanzadas y accesibles. Esto incluye la implementación de aplicaciones móviles que permitan a los pacientes registrar quejas, realizar el seguimiento de sus trámites, y recibir respuestas en tiempo real. La falta de plataformas accesibles y ágiles para la gestión de estos procesos limita la rapidez y la satisfacción de los usuarios.
- **Gestión de la Asignación de Turnos:** Un desafío importante es la gestión eficiente de la asignación de turnos, lo que afecta la atención de los usuarios, dado que las aglomeraciones o la falta de orden en la asignación de turnos pueden generar confusión y molestias. Se identificó la necesidad de implementar sistemas que permitan a los usuarios ser atendidos en el orden en que llegaron para evitar inconvenientes y mejorar la experiencia del usuario.
- **Condiciones de Bienestar para el Personal:** Las condiciones de bienestar del personal también representaron un desafío, especialmente en lo relacionado con mobiliario inadecuado, falta de aire acondicionado y carencia de equipos tecnológicos, como computadores para el personal, lo que limita la eficiencia y el rendimiento en diversas funciones administrativas y asistenciales.
- **Capacitación y Canales de Comunicación:** La capacitación constante del personal en temas de atención al usuario y la

estabilización de nuevos canales de comunicación dentro de la institución fue otro desafío relevante. Asegurar que todo el personal esté al tanto de los procedimientos actualizados y que se comunique adecuadamente con los usuarios es crucial para el buen funcionamiento de los servicios.

- **Accesibilidad para Pacientes con Discapacidad:** La atención inclusiva sigue siendo un desafío en cuanto a accesibilidad para pacientes con discapacidad.

2. MISIONALES

2.1. GESTIÓN DE URGENCIAS Y OBSTETRICIA

2.1.1. Presentación

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, Hospitalización transitoria 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.

2.1.2. 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:

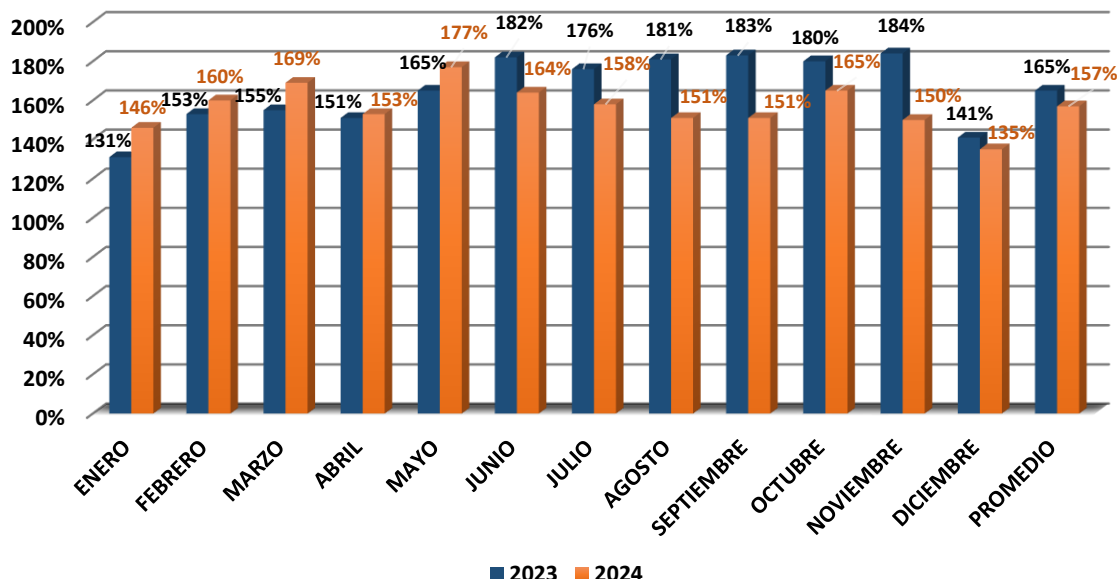
- Médicos generales: consulta, evolución, diagnóstico y planeación del plan de tratamiento.
- Enfermeros jefes: coordinan la ejecución del plan de tratamiento y el funcionamiento administrativo y asistencial de los servicios.

- 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 a las ordenes médicas.
- Auxiliares de referencia y contrareferencia: Gestionan las remisiones dentro y fuera del departamento, reciben información de pacientes remitidos de los municipios del departamento y las contra referencias de otras IPS.

2.1.3. Logros del proceso

- El principal logro obtenido es la disminución de la ocupación en urgencias comparada con el año 2023, el porcentaje de ocupación en urgencias supera la meta de indicador (90%), para el periodo de enero a diciembre del año 2024 el promedio es de 157%, mientras que en el mismo periodo del año 2023 fue de 165%, decreció en 8% gracias a las estrategia de continuar tratamientos en el programa de hospitalización domiciliaria que ofrecen las EAPB, sin embargo la sobreocupación obedece en gran parte a la falta de camas en hospitalización y a la baja resolutivez del primer nivel por diferentes factores.
- Unificación del sistema de información garantizando mayor oportunidad en todo el proceso.
- Asignación de médico generales de apoyo a la especialidad de medicina interna por su creciente demanda.
- Se incrementó el número de equipos de cómputo y actualización de algunos para garantizar los registros médicos oportunos.
- Asignación de médico para recepción de pacientes remitidos procedentes de municipios disminuyendo las quejas de las ESE por demoras en la actividad.

PORCENTAJE DE OCUPACION EN URGENCIAS



El porcentaje de ocupación en urgencias supera la meta de indicador (90%), para el periodo de enero a diciembre del año 2024 el promedio es de 157%, mientras que en el mismo periodo del año 2023 fue de 165%, decreció en 8% con respecto al año anterior. Obedece a la falta de camas en hospitalización, a la baja resolutiveidad del primer nivel y a la falta de oportunidad en las remisiones de pacientes que requieren una especialidad con las cuales no cuenta la institución. Datos tomados del informe de productividad oficina de estadística.

2.1.4. Metas o indicadores

INDICADOR	AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	2024	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
No. de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	2024	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Porcentaje de pacientes con estancias superiores a 24 horas en urgencias	2024	0	0,49	0,75	0	0	0	0	0	0	22,22	21,83	26,14
Porcentaje de Remisiones aceptadas en la institución	2024	98,37	97,41	98,29	98,32	96,14	85,55	92,88	87,02	86,95	88,82	80,83	84,66
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas.	2024	0,16	0	0	0,08	0,11	0	0,04	0	0,03	0,07	0	0,24
Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias Triage II (minutos)	2024	21,22	18,49	18,76	18,35	18,72	21,8	19,15	18,51	21,03	33,42	29,2	32,32

Se realizó el análisis de mortalidad para la totalidad de casos. No se registraron neumonías bronco aspirativas pediátricas de origen intrahospitalario. Se mantuvo normalidad en la tasa de reingresos lo que indica diagnósticos y manejos adecuados a las patologías según GPC.

Se observa una estancia superior a 24 horas elevada desde octubre debido a un cambio en la fuente del dato del indicador sugerido por la Superintendencia nacional de salud durante su intervención que obedece a la hospitalización transitoria producto de la sobreocupación y la falta de oferta de camas hospitalarias.

La oportunidad de la atención por parte del médico al paciente clasificado como TRIAGE II se vio afectada en octubre por adaptación del personal al cambio del sistema pasando de Índigo a Dinámica.

2.1.5. Retos y oportunidades de mejora

- Mejorar el mantenimiento de redes de información para minimizar las caídas del sistema de Historia Clínica sistematizada.
- Crecimiento en número de camas de hospitalización para mitigar la sobreocupación de urgencias.
- Fortalecimiento del trato humanizado en el personal de salud.
- Incremento en número de internos de apoyo en servicios como MD interna, GO y Ortopedia y estudiar la posibilidad de asignar a Psiquiatría y Neurocirugía.
- Crear el departamento de enfermería y educación continuada.
- Adquisición de ascensor camero
- Contacto continuo y efectivo con la Secretaría de Salud para mitigar la demanda desbordada de servicios de salud por las falencias de EPS y E.S.E.s

2.2. GESTIÓN AMBULATORIA Y ATENCIÓN PRIMARIA

2.2.1. Presentación

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 la misma, 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

Se presentan las actividades desarrolladas a continuación:

NOMBRE ACTIVIDAD/RESOLUCION	RECURSOS ASIGNADOS	RECURSOS EJECUTADOS	% DE EJECUCION	IMPACTO GENERADO
Resolución 981/2024	\$ 105.420.737	\$ 61.793.055	59%	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, mejorando la calidad de vida de los habitantes de los espacios de ETCR. Esta resolución se encuentra actualmente en ejecución, la cual va hasta abril 2025.
Resolución 1912/2023	\$ 341.302.450	\$ 258.117.457	76%	De las 777 personas asignadas 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 mediana complejidad y articulación intersectorial.
PIC MUNICIPAL MORELIA	\$ 132.532.569	\$ 95.700.569	72%	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.
PIC MUNICIPAL MONTAÑITA	\$ 228.966.600	\$ 186.206.600	81%	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
PIC DEPARTAMENTAL	\$ 695.949.570	\$ 695.949.570	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
Resolución 1895/2023	\$ 1.489.847.360	\$ 1.442.484.828	97%	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 1034/2024	\$ 2.074.085.500	\$ 1.252.895.858	60%	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.
Contrato No 202400000587 DE 2024 (Subsidio a la oferta)	\$3.045.050.353.07	\$3.045.050.353.07	100%	Hubo un impacto significativo en diversas áreas, especialmente en comunidades vulnerables con acceso limitado a servicios médicos. Mejorando la calidad de vida y fortaleciendo el bienestar de las comunidades, promoviendo una cultura de prevención y autocuidado.

2.2.3. Logros del proceso

- Atención a población vulnerable en zonas apartadas de la región con los equipos de APS
- Mejorar la oportunidad en la prestación del servicio de especialidades
- Remodelación de inmobiliaria en los consultorios de consulta externa en sede principal
- Renovación de puesto de salud de vereda Bolivia del municipio de Morelia
- Proyecto de Centro de Salud la Unión Peneya del Municipio de la Montañita

- Se habilito el servicio de Rehabilitación Cardio Pulmonar en el área de Consulta externa
- Se logro la gestión de recursos de PAPSIVI, programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado, Plan de Intervenciones Colectivas, Atención Primaria en salud.

2.2.4. Metas e indicadores

Indicador	Periodicidad	Meses 2024											
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	Mensual	52,94	71,79	75,81	54,44	70,77	42,86	50	36,36	44,44	50	41,18	60
Proporción de gestantes con valoración por odontología	Mensual	100	100	100	97,78	85	10,67	12,66	28,57	41,46	55,68	31,82	92,86
Proporción de personas con Hipertensión Arterial a quienes se les realiza medición de LDL en un periodo determinado.	Mensual	68,21	75,58	72,62	72,43	70,89	72,23	72,42	71,56	69,12	83,33	83,94	66,25
Proporción de personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realiza medición de LDL	Mensual	65,79	64,47	71,29	71,65	71,43	68,31	70,75	82,97	66,67	71,72	73,64	66,25
Proporción de personas con Hipertensión arterial (HTA), estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC)	Semestral	NA	NA	NA	NA	NA	59,59	NA	NA	NA	NA	NA	40,42
Proporción de personas con Diabetes Mellitus, estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC).	Semestral	NA	NA	NA	NA	NA	65,8	NA	NA	NA	NA	NA	81,17
Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año.	Mensual	43,33	12	16,13	19,35	6,45	16,13	16,13	17,07	20,91	23,34	25,09	26,13

De los 7 indicadores de efectividad que tiene el primer nivel, 2 no cumplen la meta nominal establecida. En relación a 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. Adicional a esto la población de mujeres es reacia a toma la citología en los centros de salud de cada municipio.

El otro indicador que no cumple la meta nominal es la proporción de personas con HTA estudiadas para enfermedad renal crónica, este indicador es evalúa de forma semestral, para el mes de junio del 2024 se cumplió la meta establecida que es por encima del 50%, en el mes de diciembre se logró un 40,42% debido que para el mes de diciembre la población objeto no estuvo accesible para la toma de laboratorios ya que

al ser llamados no se encontraban en el municipio, dificultando así la toma del laboratorio.

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 2024 este indicador cumplió a satisfacción la meta establecida, finalizando en el mes de noviembre con 1.63 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 2024 este indicador cumplió a satisfacción la meta establecida, finalizando en el mes de noviembre con 1.53 días de oportunidad.

Indicadores Gestión Ambulatoria

INDICADORES HDMI DOMINIO EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN													
Código	Proceso	Indicador	Periodicidad	Meses 2024									
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct
GAA-256-40-EX	Gestión ambulatoria y atención primaria (Centros de salud)	Oportunidad de la asignación de cita de odontología general	Mensual	1	1	1	1	1	1	3	1,83	1,88	1,26
GAA-256-45-EX	Gestión ambulatoria y atención primaria	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Consulta Especial	Mensual	11,5	13,13	9,79	14,35	7,71	7,89	7,65	13,38	7,75	5,81
GAA-256-43-EX	Gestión ambulatoria y atención primaria	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirujano General	Mensual	3,46	4,05	3,7	3,65	2,84	3,83	4,58	2,65	3,95	2,75
GAA-256-39-EX	Gestión ambulatoria y atención primaria (Centros de salud)	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	Mensual	1	1	1	1	1	1	5,00	1,76	1,41	1,26
GAA-PLG-256-41B	Gestión ambulatoria y atención primaria	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	Mensual	NA	9,39	7,98	9,54	20,20	9,9	7,91	12,97	16,29	9,39
GAA-PLG-256-44B	Gestión ambulatoria y atención primaria	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	Mensual	3,13	2,11	4,14	3,58	3,61	3,38	4,79	3,21	4,8	3
GAA-PLG-256-46B	Gestión ambulatoria y atención primaria	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	Mensual	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3,66	3,61
GAA-PLG-256-42B	Gestión ambulatoria y atención primaria	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Neumología	Mensual	2,98	3,73	3,48	4	2,27	2,78	4,39	3,25	2,19	2,64
GU-256-02-EX	Gestión quirúrgica	Tiempo promedio de espera para Realización de cirugías de intestino	Mensual	13,81	4,8	6,75	5,2	18,79	10,5	21,29	20,5	21,5	16,17
GUO-256-03-EX	Gestión de urgencias y obstetricia	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente	Mensual	21,22	18,49	18,76	18,35	18,72	21,8	19,15	18,51	21,09	33,42
IM-08-EX	Imagenología	Oportunidad de servicios de Imagenología (Ecografía)	Mensual	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0,36	0,36
IM-256-07-EX	Imagenología	Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía	Mensual	0,3	0,35	0,35	0,35	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,34
SIAU-256-46-EX	SIAU	Proporción de satisfacción Global de los usuarios en la IPS	Mensual	96,95	96,11	95,81	92,42	92,64	94,85	95,24	95,04	94,32	96,88
SIAU-256-47-EX	SIAU	Proporción de usuarios que recomienda la IPS a un familiar o amigo	Mensual	98,63	97,51	96,82	95,34	95,64	97,67	97,3	97,16	96,57	95,11

Fuente Daruma módulo Indicadores

Para la vigencia 2024 los indicadores de oportunidad en el 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 para cubrir la demanda generada por la EAPB, excepto para la especialidad de Medicina Interna en el mes de Mayo y Septiembre ya que no se contaba con internista y que aun a la fecha la institución no cuenta con internistas suficiente para cubrir la prestación de servicio de la institución.

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.

2.3. GESTIÓN QUIRÚRGICA

2.3.1. Presentación

El proceso de gestión quirúrgica es un proceso de tipo misional, que cuenta con 4 procedimientos que son: PROGRAMACION DE CIRUGIA, ADMISION DE PACIENTES, ACTO QUIRURGICO, RECUPERACION Y EGRESO.

Tiene un objetivo que es la realización del acto quirúrgico de forma segura y humanizada; su alcance va desde la identificación de una necesidad quirúrgica de un paciente hasta la ejecución del acto quirúrgico.

2.3.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

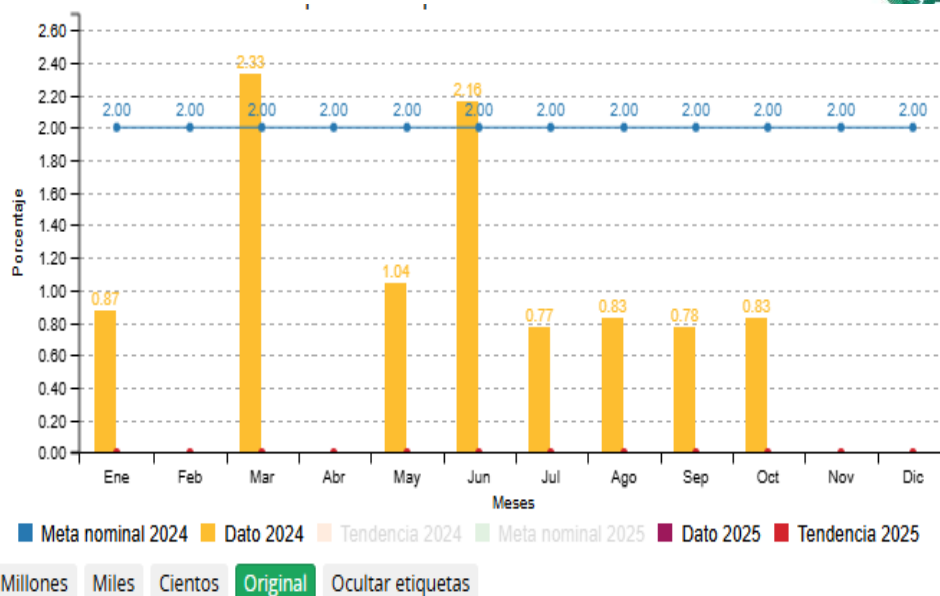
Durante el 2024 se realizaron diferentes actividades de actualizaciones en los procedimientos y adherencias a las Buenas Prácticas Clínicas, además de adquisiciones de nuevos equipos de alta tecnología como una nueva torre de laparoscopia para poder brindarle a toda la población caqueteña un buen servicio con calidad y humanización en nuestra institución; de esta manera estamos contribuyendo a disminuir gastos a la comunidad ya que se cuenta con el talento humano idóneo en todas las especialidades en salud y la tecnología necesaria en nuestro Departamento sin salir del mismo.

2.3.3. Logros del proceso

Ejecución con calidad y eficiencia en cada acto quirúrgico realizado hasta su finalización.

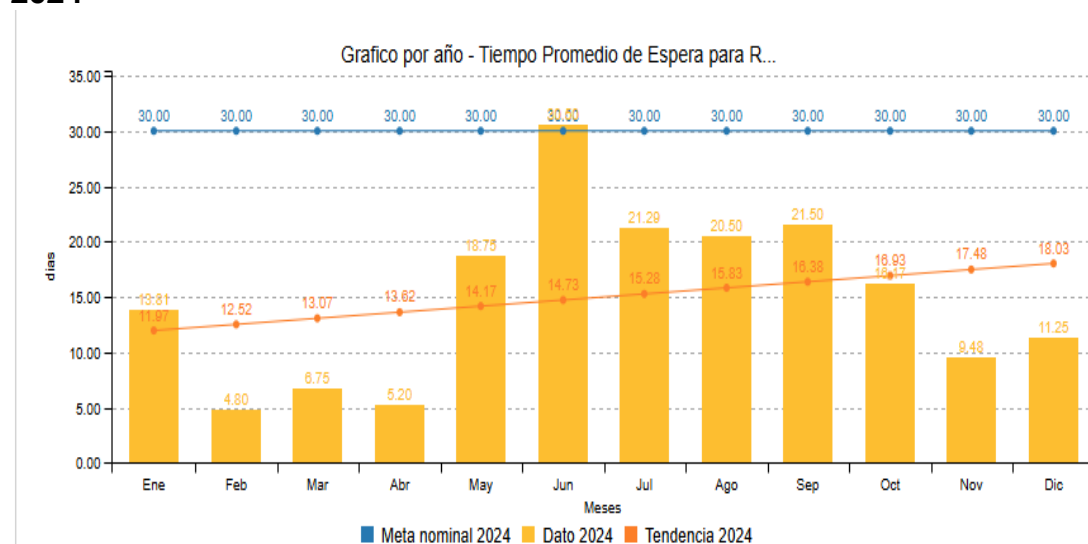
2.3.4. Metas o indicadores

PROPORCION DE CANCELACION DE CIRUGIAS PROGRAMADAS



Durante la vigencia 2024 el indicador de proporción de cancelación de cirugía programa no presenta brecha, y se encuentra entre las metas establecidas, con una tendencia decreciente; esto quiere decir que tenemos un límite de meta del 2% y en esta grafica podemos observar que terminamos con un 0.87%.

INDICADOR DE PROMEDIO DE ESPERA PARA LA REALIZACION DE CIRUGIAS 2024



Durante la vigencia 2024 el indicador de promedio de espera para la realización de cirugías no presenta brecha, y se encuentra entre las metas establecidas, con una tendencia decreciente; esto quiere decir que tenemos un límite de meta de 30 días y en esta grafica podemos observar que terminamos con un promedio aproximado del 15 días.

2.3.5. Retos y oportunidades de mejora

- Dotación y habilitación del quinto quirófano
- Renovación de equipos de cómputo, incluida impresora multifuncional, con scanner,
- Adquisición de equipo calentador de mantas y cristaloideas
- Renovación de inmobiliarios de toda el área
- Adecuación de casilleros, vistieres, zona de almacenamiento de ropa, con materiales lavables que cumplan con norma de habilitación
- Adecuación de succionadores que funcionen con vacío, que disminuyan la contaminación auditiva.

2.4. GESTIÓN HOSPITALARIA

2.4.1. Presentación

El Proceso de Gestión Hospitalaria da continuidad al manejo iniciado en Gestión de Urgencias y Obstetricia (GUO) o Gestión Quirúrgica (GQ) y ocasionalmente recibe pacientes de Gestión del Cuidado Crítico 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.

2.4.2. 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 a las ordenes médicas.

2.4.3. Logros del proceso

- Unificación del sistema de información garantizando mayor oportunidad en todo el proceso.
- Asignación de médicos generales para cada servicio en la mañana para actividades de revista.
- Se incrementó el número de equipos de cómputo y actualización de algunos para garantizar los registros médicos oportunos.
- A partir del mes de octubre se reforzó el personal médico en turnos nocturnos.

2.4.4. Metas e indicadores

INDICADOR	AÑO	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	2024	67,72											
Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	2024	96,50	94,00	91,67	95,83	96,50	95,25	95,00	94,50	93,60	94,50	95,67	94,50
Porcentaje de adherencia a GPC adoptadas de las principales causas de egreso	2024	84,84											
Proporción de reingreso hospitalario por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años	2024	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	0,00	0,00	2,63	1,47	0,00	0,00
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	2024	2,82	2,46	4,15	3,98	2,70	5,07	1,70	5,73	4,36	5,55	2,82	5,39

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 adheridos a GPC y adecuada educación al paciente y su familia. Los indicadores de adherencia mejoraron respecto al año anterior. Se debe hacer claridad en que la patología de mayor prevalencia cambia con el tiempo y esto hace variar mucho la adherencia a GPC. En años pasados que era COVID, las adherencias eran más cercanas a 100%. Actualmente y desde 2023 es HTA, una patología crónica de manejo más complejo que tiene un alto componente ambulatorio que esta fuera del alcance de medición del hospital al ser ese manejo en otras instituciones. Se hará una adecuación en las listas de chequeo para hacer la medición más certera a lo que está al alcance de la institución.

2.4.5. Retos y oportunidades de mejora

- Mejorar el mantenimiento de redes de información para minimizar las caídas del sistema de Historia Clínica sistematizada.

- Redistribución de profesional especializado de MD interna con la creciente inversión de ocupación del servicio entre Hospitalización transitoria y tercer piso.
- Crecimiento en número de camas de hospitalización para mitigar la sobreocupación de urgencias.
- Remodelación de hospitalización 2
- Fortalecimiento del trato humanizado en el personal de salud.
- Incremento en número de internos de apoyo en servicios como MD interna, GO y Ortopedia y estudiar la posibilidad de asignar a Psiquiatría y Neurocirugía.

2.5. GESTIÓN DEL CUIDADO CRÍTICO

2.5.1. Presentación

El Proceso de Gestión Cuidado critico recepciona pacientes de Gestión hospitalaria, gestión quirúrgica y gestión de urgencias y gineco-obstetricia con el fin de dar continuidad en la atención y finalizar con un traslado a hospitalización, remisión o 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 destino.

2.5.2. 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.

- **Especialistas:** Realizan revista médica, lideran la atención integral del paciente, solicitan ayudas a otros servicios y establecen el manejo para el paciente
- **Médicos generales:** 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.

2.5.3. Logros del proceso

- Unificación del sistema de información garantizando mayor oportunidad en todo el proceso.
- Se incrementó el número de equipos de cómputo y actualización de algunos para garantizar los registros médicos oportunos.
- Capacitación y entrenamiento al personal de la unidad de cuidados intensivos.
- Se logró apoyo médico en las noches con el fin de satisfacer la demanda de ingresos de paciente en esta jornada.
- Se realizó entrenamiento a tres auxiliares de enfermería en cuidados de paciente en terapia de reemplazo renal.

En la UCIN:

- Se logra la recertificación de la UCIN sin hallazgos.
- Se mantienen estándares elevados de calidad en atención a los neonatos y principalmente a los prematuros con una tasa mínima de complicación.
- Liderazgo institucional en adherencia de protocolos.
- Se hace capacitación constante al grupo de auxiliares de enfermería en los protocolos de manejo.
- Se aumentaron los equipos de cómputo.
- UCIN continua siendo un proceso reconocido por agradecimientos por los usuarios y menor número de quejas.

2.5.4. Metas e indicadores

UCI

INDICADOR	AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Extubación No programada	2024	0	0	0	0	5.56	0	11.1	0	10	9.09	0	0
Mortalidad en UCI	2024	12.22	12.90	7.41	11.2	11.76	12.50	13.75	5.49	14.42	16.28	16.28	11.27
Mortalidad por TEC	2024	9.09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Tasa de remisiones	2024	22.22	24.19	19.75	23.53	17.50	16.25	23.08	23.08	20.22	16.67	20.93	18.18

Con respecto a la extubación no programada en el año 2024 en el mes de mayo, julio, septiembre y octubre se presentaron casos, los cuales fueron estudiados con las respectivas oportunidades de mejora y comparendos educativos. Con respecto a la mortalidad en UCI, estuvo inferior a la meta nominal registrada en 35%. En mortalidad por TEC, solo el mes de enero se presentó un caso relacionado a complicaciones secundarias a trauma

craneoencefálico entre ellas infecciosas. La tasa de remisiones durante el 2024 estuvo por debajo de la meta nominal, entre las especialidades solicitadas están: Urología, hemodinamia y cirugía vascular.

UCIN

	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
TOTAL DE PACIENTES	74	65	93	79	76	60	81	99	100	89	80	80	976
Mortalidad	0,03	0,01	0,01	0	0,01	0	0,01	0,01	0,01	0	0	0	0,09
Mortalidad depurada	0,03	0	0,01	0	0,01	0	0	0	0	0	0	0	0,05
Remisiones	1	1	0	1	4	0	2	0	4	0	4	1	18
Enterocolitis necrotizante	0	0,01	0	0,01	0,01	0	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0	0,09
Hemorragia intraventricular	0,01	0,01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,02
Retinopatía del prematuro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- La mortalidad del proceso es una de las más bajas de los departamentos de Colombia.
- Las complicaciones de los prematuro extremo como hemorragia intraventricular son muy bajas y la retinopatía totalmente ausente.
- La especialidad a la cual se remiten más paciente, sigue siendo Cirugía Pediátrica con 8 casos y en segunda Gastroenterología Pediátrica con 3 casos.

2.5.5. Retos y oportunidades de mejora

UCI

- Continuar con el mantenimiento de equipos: Se requiere dotación de bombas de infusión dado que por el continuo uso tienden a fallar con frecuencia.
- Se requiere adecuación de la red de oxígeno de la UCI dado que en ocasiones por fallas se deben trasladar a cubículos de mayor flujo de oxígeno.
- Se requiere dotación de monitores de signos vitales dado que los que tenemos presentan fallas frecuentes.
- Se requiere un central de monitoreo en la UCI.
- Capacitación y entrenamiento para el personal de la unidad de cuidados intensivos.
- Coordinar con almacén y farmacia para que se garantice la continuidad de medicamentos usados en condiciones críticas y evitar desabastecimiento.

UCIN

- Se requiere el cambio de los monitores de cuidado crítico y estación de enfermería.
- Dotación de monitores MIRS (para saturación cerebral), monitores electroencefalográficos (para el manejo de pacientes con asfixia perinatal), dos ventiladores Dräger VN800.

- Garantizar la dotación permanente de medicamentos y suministros que se vienen solicitando desde vigencias anteriores, entre ellos las boquillas de alimentación siliconadas que nos generan el mayor número de incidentes y eventos adversos que se reportan en la unidad.
- Modificaciones a la estructura de la estación de enfermería y capacitación continua personal.

2.6. LABORATORIO CLÍNICO

2.6.1. Presentación

Laboratorio Clínico es un proceso de tipo misional cuyo objetivo es apoyar al diagnóstico, a la prevención, tratamiento y seguimiento de las enfermedades humanas, emitiendo resultados confiables y oportunos con estándares de calidad, contribuyendo en el control epidemiológico y en la salud pública del departamento de Caquetá. Su alcance inicia con la generación de la solicitud médica hasta la entrega de resultados.



2.6.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

• PRODUCCIÓN LABORATORIO CLÍNICO SEDE FLORENCIA

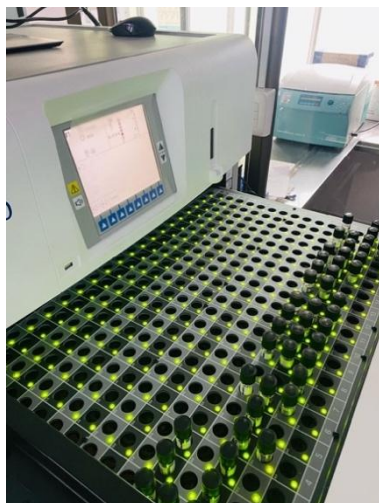
AÑO	PACIENTES	EXAMENES
2024	101.466	361.710

- IMPLEMENTACIÓN MEDIOS DE CULTIVOS LIQUIDOS EN BIOLOGIA MOLECULAR SEGÚN RESOLUCION 227 DEL 2020 (LINEAMIENTOS TECNICOS Y OPERATIVOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS)

La presente resolución tiene por objeto adoptar los lineamientos técnicos y operativos como parte del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis – PNPCT.

Cabe resaltar que el laboratorio clínico del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA amplía su portafolio de servicios con relación a los medios de cultivos, entre estos los medios líquidos MGIT siendo esta una técnica sensible y específica para la detección de *Mycobacterium tuberculosis* y puede ser útil para confirmar el diagnóstico de tuberculosis y determinar la susceptibilidad a los antibióticos.

- **NÚMERO DE PRUEBAS REALIZADAS**



Medios de cultivos líquidos: 594

- **EQUIPO COAGULACION: DISPOSITIVO MÉDICO RAYTO RAC 050 EMPLEADO EN EL LABORATORIO CLÍNICO**



El Analizador de Coagulación se utiliza para el análisis de las funciones de coagulación y anticoagulación, fibrinolítica y antifibrinolítica en muestras de

suelo y plasma. Tiene una serie de funciones de análisis totalmente automatizadas, tales como el procesamiento de muestras mediante la dispensación de muestras y reactivos, el cálculo, la visualización y la impresión de los resultados, etc. Se compone principalmente del sistema de muestreo, sistema de temperatura constante, sistema de medición, sistema de limpieza y sistema informático.

- **CENTRO DE SALUD DE MORELIA**

En el centro de salud de Morelia se cuenta con profesional de la salud (Bacteriólogo) donde se está gestionando para el servicio: el equipo de Química y demás equipos como el computador para la entrega oportuna de los resultados.

2.6.3. Logros del proceso

- Se instala el equipo **START PROFILE PRIME de Nova Biomedical (UCI ADULTOS)**



PRUEBAS PROCESADAS UCI ADULTO	
PERIODO	EXAMENES
2024	6.563

Este equipo cuenta con un sistema automatizado de CC de Stat Profile Prime para los modelos de gases arteriales. Teniendo en cuenta que es un analizador químico, simple, rápido y con tecnología innovadora indispensable en la toma de decisiones en cuidado crítico.

2.6.4. Metas o indicadores

Metas:

El Laboratorio Clínico del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. continuará contribuyendo en el diagnóstico y prevención de enfermedades, garantizando la oportunidad en la entrega de resultados confiables. Además a futuro se aspira a alcanzar la acreditación con relación al servicio de tamizaje neonatal teniendo en cuenta que es un requerimiento por el Ministerio de Salud y que este se hará con el apoyo de las demás áreas de la institución.

2.6.5. Retos y oportunidades de mejora

Se realizaron labores de seguimiento preventivo y correctivo abarcando todos los aspectos del funcionamiento del laboratorio clínico, incluidos la estructura organizativa o espacios de trabajo, los procesos y procedimientos

con énfasis en calidad, las comunicaciones, el mantenimiento de los archivos, el contar con personal competente y experto que estará en constante capacitación y gestionar que los reactivos y equipos sean de excelente calidad para garantizar o cumplir lo requerido según el modelo de **Sistema de Gestión De Calidad**.

2.7. BANCO DE SANGRE

2.7.1. Presentación

Banco de Sangre es un 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 a 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, tecnología de la información y Comunicaciones (TIC). Se maneja un riesgo relacionado con la -Inadecuada gestión de inventarios de insumos y reactivos- y se analizan mensualmente 16 indicadores.

2.7.2. 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 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.	- 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).	- 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.
Realizar controles de calidad.	- 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 de sangre (fraccionamiento, pruebas inmunoserológicas e inmunohematológicas, sellado de la unidad y descarte).	- 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.	- 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.	- 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.
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.

2.7.3. Logros del proceso

Se logró cumplir con el objetivo de satisfacer la demanda de hemocomponentes en nuestra institución, manteniendo activo el contrato con nuestro 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 los cambios en varias oportunidades en el proceso de Direccionamiento Estratégico del hospital y lo relacionado con el atraso en el pago de la 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. Los indicadores no mostraron incumplimiento o brecha que llevara a tomar alguna acción correctiva o modificación de metas.

2.7.4. Metas o indicadores

Durante la vigencia 2024 algunos de los indicadores presentaron brecha, sin que en ningún caso superara 3 meses consecutivos, por lo que no fue necesario realizar ajuste en las metas:

- Uno de los indicadores en los que se observó brecha poco significativa fue en el Porcentaje de Donación Voluntaria y Habitual de Sangre; en el mes de marzo la brecha fue de 0.5% (Marzo: 14.55%, Meta nominal: 15%), por lo que fue uno de los meses del año donde la donación habitual disminuyó, junto con el mes de octubre (16.32%), el promedio de donantes habituales para el año 2024 fue de 20.59%, mientras que para 2023 fue de 18.97%.
- En el indicador de Tasa de Donantes por cada 1000 Habitantes se observó brecha en 3 meses no consecutivos (Marzo: 1.08, Julio: 0.93 y Diciembre 0.97 – Meta nominal: 1.1), la brecha parece estar relacionada con meses de vacaciones y festividades, sin embargo, no se observa evidencia de brecha en los mismos meses a través de los años, a excepción de diciembre; en seis años de registro, en 3 de ellos se presentó en el mes de diciembre, 2 años en el mes de julio y solo en 2024 para el mes de marzo; podríamos decir que para el presente año existe un 50% de probabilidad de que en Diciembre se presente brecha o disminuya la donación, para lo que es necesario mantener activo el contrato con IDCBIS y continuar con la realización de campaña extramural (Latinoamérica Unida Dona Sangre LUDS) para dicha época.
- No se presentó brecha en indicadores como Porcentaje de Reactividad, Asesoría Efectiva, Porcentaje de Positividad ni Porcentaje de RAD.

2.7.5. 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 graficas 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.

2.8. SERVICIO DE GESTIÓN PRETRANSFUSIONAL

2.8.1. Presentación

La gestión Pretransfusional tiene el objetivo de apoyar los 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.

2.8.2. 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.	- 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.	- 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.

2.8.3. Logros del proceso

Se logró cumplir 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.

2.8.4. Metas e indicadores

Durante el año 2024 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, fue posible cumplir con las solicitudes gracias a las acciones tomadas cuando en el momento no se contaba con el hemocomponente, ya sea por las acciones 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 2024 fue de 0.16% sin que se presentara brecha, en el año 2023 fue de 0.14%.
- 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.

2.8.5. 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 IDCBS. 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.

2.9. IMAGENOLOGÍA

2.9.1. Presentación

El Proceso de imagenología, realiza de manera mensual la proyección de las agendas de las 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 la misma, 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.

2.9.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

Las actividades y su impacto se presentan a continuación:

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 noviembre generando reprocesos administrativos: • Demora en la prestación del servicio y resolutivez 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 Técnicas	Aportan al mejoramiento continuo en el cumplimiento de estándares de habilitación.
Convenios Universitarios	aportan al desarrollo educativo en el campo médico del departamento
Prestación Del Servicio 24/7	Prestación de servicio con oportunidad.

A partir del mes de octubre por el cambio de Sistema de Información institucional	Inicialmente se presentaron inconsistencias por la interfaz entre Dinamica-Hiruko.
---	--

2.9.3. 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 diagnósticas
- La gestión que se viene realizando para la adquisición de un nuevo tomógrafo para el servicio.
- Realización de procedimientos de intervencionismo guiados por tomografía y ecografía

2.9.4. Metas e indicadores

Nombre del Indicador	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Oportunidad de entrega de los resultados de rayos x a los servicios de hospitalización y urgencias	36,12	31,83	25,57	22,54	21,48	22,27	28,19	37,55	49,35	37,34	22,53	26,68
Oportunidad de entrega de los resultados de TAC al servicio de urgencias e internación	11,18	13,69	13,67	9,25	8,64	6,87	8,63	7,77	8,66	8,56	8,55	8,71
Oportunidad en la atención en el servicio de Imagenología para la toma de tac en los servicios de hospitalización y urgencias	8,76	8,53	8,71	8,59	8,49	8,74	8,61	8,61	8,5	8,57	8,51	8,63
Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología en radiología simple en los servicios de urgencias y hospitalización	8,56	8,6	8,64	8,59	8,62	8,65	8,67	8,55	8,6	8,52	8,69	8,62
Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía	0,3	0,35	0,35	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,34	0,36	0,35

Para la vigencia 2024 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.

2.9.5. 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.
- Adquisición de equipos de cómputo de alta tecnología
- Adquisición de inmobiliaria para el servicio (sillas, escritorios)
- Adquisición de flat panel para poner en funcionamiento 2 portátiles de RX que a la fecha se encuentran sin uso por falta de este dispositivo.

2.10. SERVICIO FARMACÉUTICO

2.10.1. Presentación

El servicio farmacéutico del HDMI y Centros de Salud es un proceso misional asistencial de atención en salud responsable de las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico, científico y administrativo, relacionados con los medicamentos y los dispositivos médicos utilizados en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con el fin de contribuir en forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva.



2.10.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

Las actividades del proceso van desde la selección de medicamentos e insumos, pasando por compra, recepción, almacenamiento, distribución, dispensación a pacientes, pasando por semaforización, marcación de lasa y verificame, reempaque de tableteria y capsulas, farmacovigilancia y tecnovigilancia, fabricación y distribución de gases medicinales (oxigeno, aire medicinal), trabajo en equipo con outsourcing de central de mezclas en la implementación de sistema de gestión documental de este proceso y del servicio farmacéutico.

2.10.3. Logros del proceso

Etapas 1: Dra. Lina Giraldo:

- Contratación de profesional químico farmacéutico y regentes de farmacia para almacén general y centros de salud, con sueldo acorde al mercado laboral del momento, que se encargue de revisión de selección, compra, recepción, almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos en el HDMI y CS. teniendo en cuenta proyecciones de necesidades para vigencias, alertas sanitarias, problemas de calidad reportados para productos, alertas de desabastecimiento, vitales no disponibles,
- Ajuste-aumento de valor hora laboral de contratistas de farmacia, auxiliares de farmacia,
- Compra de muebles de archivo para farmacia central,
- Renovación de resolución de manejo de medicamentos de control.
- Se realizo compra de neveras de almacenamiento de medicamentos para las farmacias del HDMI, centros de salud y servicios de atención a pacientes, con certificación de diseño, instalación y operatividad, como lo pide la ley y las visitas de inspección de INVIMA y termómetro incorporado calibrado.

- Contratación de construcción de central de mezclas parenterales para Oncología.
- Congelación de proceso de construcción y puesta en marcha de planta de gases medicinales.

Etapas 2: Dra. Cindy Tatiana Vargas Toro:

- Proceso de planta de gases medicinales y revisión preliminar del proceso de central de mezclas.

Etapas 3: Dr. Rigoberto Osuna:

- Consecución de contratación de regente para Centro de Salud de Morelia a valor de hora como regente.
- Consolidación de idea de contratación de regentes de administrativos (uno para cada farmacia del HDMI), que sea había expuesto durante dirección de talento humano de administración anterior, con lo cual se ha logrado estabilidad en seguimiento a próximos a vencer, baja en cantidades vencidas, seguimiento y especialización en solicitudes de pedidos, facturación completa, mejor adherencia en procesos de mejora continua y diligenciamiento de formatos, revisión de pedidos, dispensaciones a tiempo, marcación de lasa y verificame, no dispensar medicamentos sin unidosis.
- Solicitud de visita de habilitación con el fondo nacional de estupefacientes - regional Caquetá, para obtener emisión de resolución de manejo de medicamentos de control independiente por cada centro de salud, se recibió visita, estamos a la espera de certificados de calibración vigentes por parte de la oficina de Ingeniería Biomédica.
- Corrección de contrato de construcción de Central de mezclas para oncología, se modificó el objeto contractual y se anexaron sub-áreas para elaboración de reempaque de tabletería y capsulas, adecuación de dosis de medicamentos, preparaciones de fórmulas magistrales y nutriciones parenterales.
- Se logro dar pasos iniciales para unificar sistemas de información Indigo y Dinámica, en uno solo: DINAMICA. Lo cual ha sido provechoso.
- Se atendió la primera visita de INVIMA para certificar planta de gases medicinales. Se obtuvo certificación condicionada.

Etapas 4: Dr. Carlos:

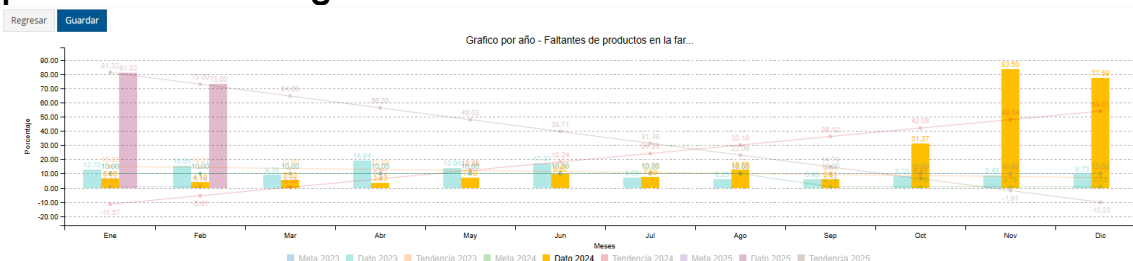
- Se realizó seguimiento y aportes a ir alimentando mejoras continuas derivadas de hallazgos dejados por visita de Supersalud.

Etapa 5: Dra. Cindy Tatiana Vargas Toro

- Se ha evaluado por medio de las oficinas de Control interno y Calidad al Servicio farmacéutico, por medio de auditoria programada de control interno y visitas de inspección semanal por parte de la oficina de calidad, lo cual se encuentra en proceso continuo.
- Se obtuvo certificación total de la Planta de gases medicinales, oxígeno y aire, con el INVIMA.
- Se realizó cotización de muebles modernos de almacenamiento de medicamentos e insumos a la oficina de Planeación para que la necesidad sea incluida dentro de proyecto de dotación física que se radicara al Ministerio de Salud. Asimismo, se presentó la necesidad de compra de canastas quirúrgicas y dos (2) computadores nuevos para cambiar los computadores obsoletos.
- Se retomó cargo de asistente administrativo de farmacia, con la funcionaria Gloria Marles, con asignación de tareas específicas y las demás que le sean asignadas, con el objetivo de mejorar los procesos de manejo de inventarios, cuadros de turnos y otros según resolución emitida.
- Se retomo proceso de alistamiento de procesos internos para recibir visita de certificación de Central de mezclas.
- Reuniones de empalme de procesos de Servicio farmacéutico - Central de mezclas parenterales, con el objetivo de verificar proceso, establecer actividades escritas de empalme y lograr certificación de INVIMA y funcionalidad de la central y farmacia.

2.10.4. Metas o indicadores

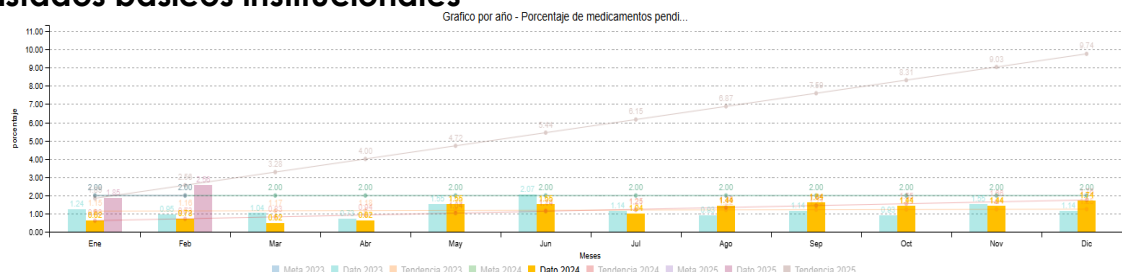
Faltantes de productos en la farmacia según pedido solicitado en un periodo a almacén general



En el nivel de porcentaje faltante para llegar al 100% de cumplimiento de este indicador es el porcentaje de unidades no despachadas por mes.

Meta nominal:	0,75
Meta mínima:	0,50
Meta máxima:	1,00

Porcentaje de los medicamentos e insumos básicos por entregar de los listados básicos institucionales



Meta nominal:	2,00
Meta mínima:	1,00
Meta máxima:	5,00

Se establece una relación entre la cantidad de medicamentos e insumos manejados en el HDMI vs la cantidad dejada de dispensar en farmacias, debido a que no hay existencias en el momento de la necesidad. Analizándolo con relación al indicador pasado, se denota que en los meses de **noviembre y diciembre del 2024** el indicador tuvo un aumento leve en el incumplimiento de entrega a pacientes, pasando de 1.43 a 1.74 (14 y 17 productos respectivamente).

2.10.5. Retos y oportunidades de mejora

- Certificación de central de mezclas, con sub-áreas de reempaque de tabletería y capsulas, adecuación de mezclas de medicamentos, adecuación de mezclas de medicamentos oncológicos, nutriciones parenterales. Para servicio interno y externo - venta de producto terminado.
- Reorganización física de las farmacias del HDMI y centros de salud. Las del HDMI con muebles modernos de almacenamiento de medicamentos e insumos y las de los centros de salud con los estantes metálicos en buen estado que se trasladen del HDMI.

2.11. CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

2.11.1. Presentación

La Central de Esterilización (CE), por definición, es el servicio que recibe, acondiciona, procesa, controla y distribuye textiles (ropa, gasas, apósitos), equipamiento biomédico e instrumental a todos los sectores del hospital, con el fin de proveer un insumo seguro para ser usado con el paciente.

La Central de Esterilización de un hospital es esencial para garantizar la seguridad del paciente, asegurando que el material quirúrgico esté libre de microorganismos. El proceso incluye la recepción, limpieza, preparación, esterilización y almacenamiento del instrumental, y requiere personal especializado organizado bajo un supervisor. Un análisis DAFO revela fortalezas, como la experiencia del personal, y debilidades, como la falta de recursos. También se identifican amenazas, como fallos en los equipos y un diseño inadecuado de la unidad. Se analizan riesgos, como material mal recibido y errores en la esterilización, utilizando un análisis de modos de fallo (AMFE) para evaluar su impacto. Las principales causas de fallos son la falta de formación, problemas en el lavado y empaquetado, y errores en la esterilización. Se proponen medidas correctivas, como la mejora de infraestructura y formación continua del personal. La gestión de riesgos es clave para reducir infecciones nosocomiales, accidentes laborales y mejorar la calidad del servicio.

2.11.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

Durante el año 2024 se logró la realización de 290.161 insumos estériles a los diferentes servicios.

2.11.3. Logros del proceso

Se logró desarrollar las diferentes actividades como:

- Atención en urgencias en la sutura de heridas.
- Curaciones en todos los servicios
- Procedimientos en las UCI, Adulto y Neonatal.
- Internaciones 1,2 y 3.
- Cirugías en Quirófano.
- Se realizaron 46 Rondas en todo los servicios y sus sedes de la institución (Centros de salud de los municipios), donde se pudo realizar la IVC y la socialización de los conceptos de esterilización.

2.11.4. Metas e indicadores

- Garantizar la seguridad, eficiencia y calidad del proceso de esterilización.

- Higienizar el instrumental y mantener el control del proceso de esterilización.

2.11.5. Retos y oportunidades de mejora

- El reto principal se basa en contar con una autoclave de última generación para evitar inconvenientes en el proceso de esterilización, para garantizar la calidad en el servicio de entrega de material estéril en todos los servicios de la institución.
- Presupuesto para faltantes en insumos médicos-quirúrgicos.

3. APOYO

3.1. TALENTO HUMANO

3.1.1. Presentación

El proceso de Talento Humano tiene como objetivo proveer el talento humano competente a todos los procesos en pro del fortalecimiento institucional y propender a su desarrollo, seguridad, salud y bienestar. Su alcance inicia con la planeación del Talento Humano, selección, vinculación, permanencia y desvinculación.

3.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

ACTIVIDADES	ESTADO ACTUAL
Determinar competencias organizacionales, perfiles de cargo y roles y sus funciones.	Falta actualizar Manual específico de funciones y competencias laborales. Crear un manual de perfiles y roles de los cargos o incluirlo en el manual de funciones.
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), posteriormente se consolidan para su respectiva evaluación y priorización.
Determinar las acciones para la custodia de las historias laborales de los funcionarios y exfuncionarios de la Institución.	Falta de organización y gestión en el archivo de la oficina.

Determinar las acciones para la custodia de los expedientes de los contratistas de la Institución.	Expedientes contractuales transferencias vigencias 2022, 2023 y 2024 al archivo central.
Definir las necesidades de capacitación y el plan de bienestar	A través de la matriz de necesidades de capacitación y bienestar social se consolidan los requerimientos presentados por los líderes de los procesos, los cuales se priorizan de acuerdo al presupuesto asignado.
ACTIVIDADES	ESTADO ACTUAL
Desarrollar los planes y programas a cargo del proceso de talento humano.	Falta adherencia por parte de los colaboradores del área en la ejecución de los planes y programas.
Adelantar los trámites de ley para el nombramiento de personal por lista de elegibles, provisionalidad o encargos.	No hay un proceso de selección de los colaboradores vinculados a la institución.
Adelantar los trámites establecidos por la institución para la recepción de documentos en la etapa precontractual de persona natural.	Falta de organización y automatización en el proceso precontractual.
Ejecutar el plan anual del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo GS-SST	98,50% de cumplimiento
Elaborar la nómina y planillas de seguridad social mensual de personal para su respectivo pago.	Se elabora la nómina y planillas de seguridad social elaboradas y tramitadas para pago. Sin embargo no se cumplen con los plazos establecidos para la entrega de los productos.
Diligenciar información laboral y expedir formatos para trámite de pensión a través de CETIL	Se implementó adecuadamente el programa CETIL para expedir los formatos para el trámite de pensión o bono pensional.
Elaborar certificaciones laborales y contractuales	Falta automatización para expedir las certificaciones laborales
Desarrollar actividades de intervención a los colaboradores de acuerdo a los resultados de la evaluación del clima organización	Falta personal idóneo que realice las encuestas regularmente y las intervenciones de acuerdo a los resultados.
Adelantar los trámites establecidos para la conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el	Se encuentran conformados los Comités

Trabajo y el Comité de Convivencia Laboral	
Medir y analizar el desempeño del proceso	Se realiza el reporte de indicadores se generan los Informes de gestión
Seguimiento a los controles de riesgos	se realizan las actividades que permiten el control de los riesgos y se cumplen con las acciones establecidas en los planes de mejora.
Seguimiento al cumplimiento de los planes de acción.	
Seguimiento al cumplimiento de la evaluación de desempeño laboral	Se realiza seguimiento a la EDL, con un 99,10% de cumplimiento.
Elaborar e implementar acciones correctivas	Se identifican las oportunidades de mejora a través de las reuniones de autocontrol, sin embargo, no se establecen acciones correctivas.
Identificar y gestionar oportunidades de mejora	
Implementación de acciones en pro de la mejora del proceso	

3.1.3. Logros del proceso

- Cumplimiento adecuado de las leyes laborales y regulaciones, reduciendo riesgos legales para la entidad.
- 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.
- Fortalecimiento del recurso humano de la oficina (vinculación de colaboradores para apoyar la gestión del proceso).
- Continuidad en los procesos.

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

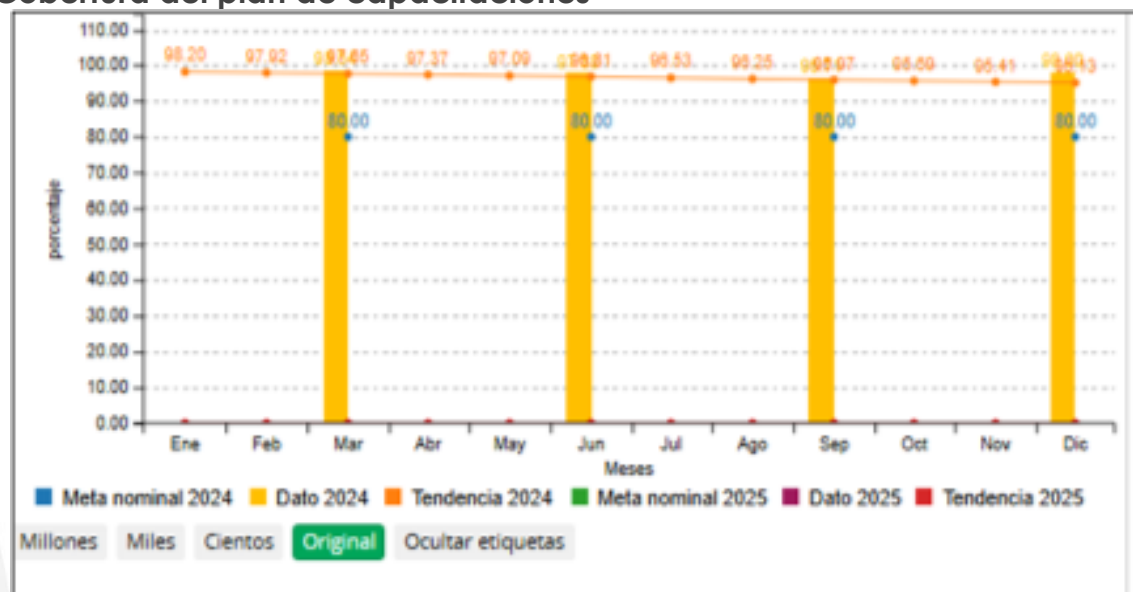
Nombre	Tipo	Es de tendencia positiva?	Unidad de medición	Datos promediados del periodo					Semáforo
				Valor	Meta nominal	Meta mínima	Meta máxima	% Cumplimiento	
Ausentismo laboral por permisos	Eficacia	No	porcentaje	1,09	1,5	0,5	3	100.00%	
Cobertura del plan de capacitaciones	Eficiencia	si	porcentaje	97,79	80	60	100	100.00%	
Efectividad de capacitaciones por periodo	Eficacia	si	porcentaje	99,23	70	50	80	100.00%	
Porcentaje de cumplimiento del Plan de Bienestar e Incentivos	Eficiencia	si	porcentaje	81,25	75	60	100	100.00%	
Porcentaje de cumplimiento Plan de Capacitación	Eficiencia	si	Porcentaje	96,5	70	60	100	100.00%	
Porcentaje de empleos de la planta provistos	Eficacia	si	Porcentaje	97,7	90	85	95	100.00%	
Porcentaje de inducciones y entrenamientos realizados	Eficiencia	si	Porcentaje	100	80	60	100	100.00%	
Porcentaje de personal evaluado	Eficiencia	si	porcentual	93,74	90	80	95	100.00%	

Ausentismo laboral por permiso

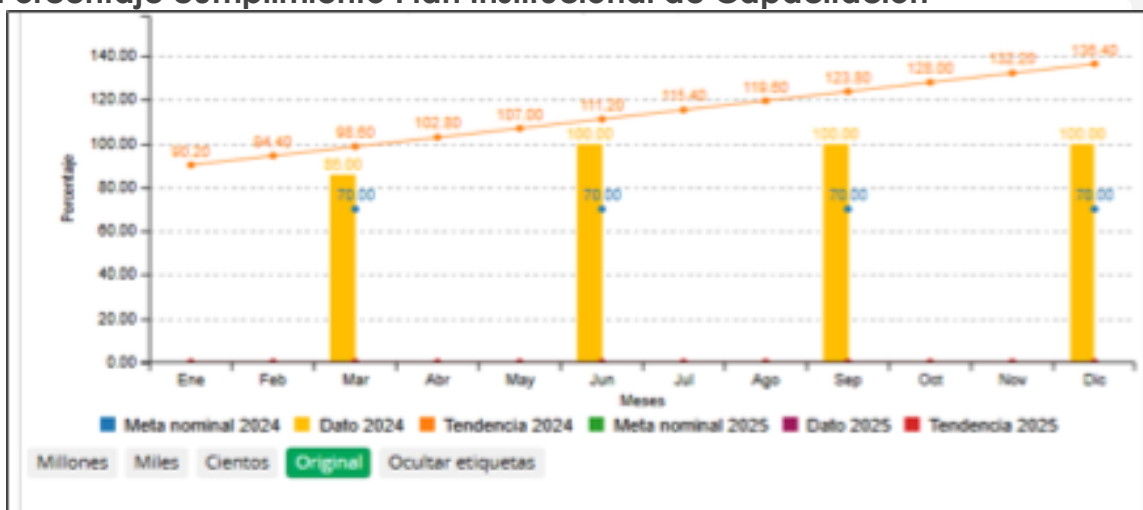


Se presentó un aumento con relación al mes anterior, esto se debe a que se presentaron más solicitudes de permiso por los días de compensatorio de fin de año, citas médicas, calamidad, estudios, otros y permisos sindicales.

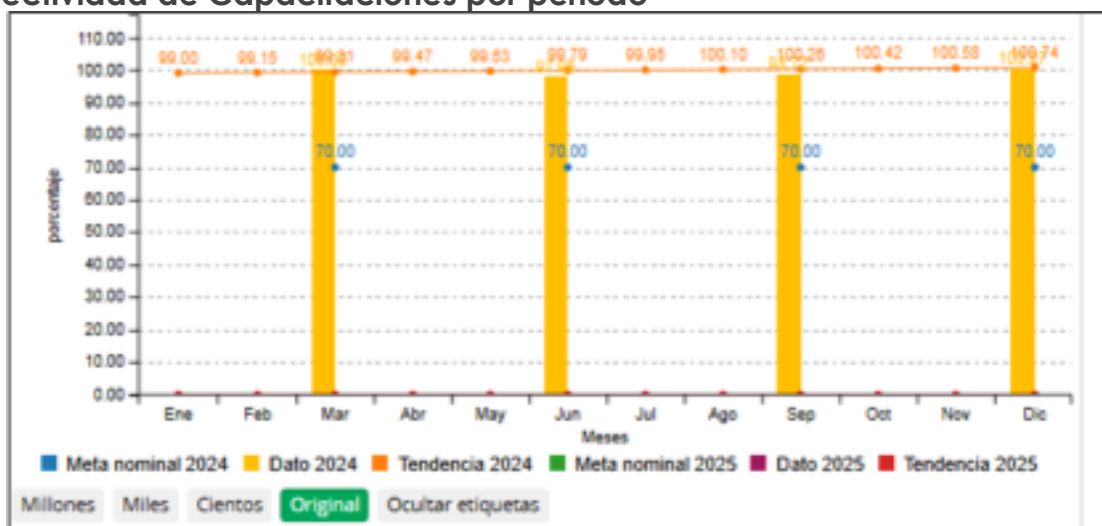
Cobertura del plan de capacitaciones



Porcentaje cumplimiento Plan Institucional de Capacitación



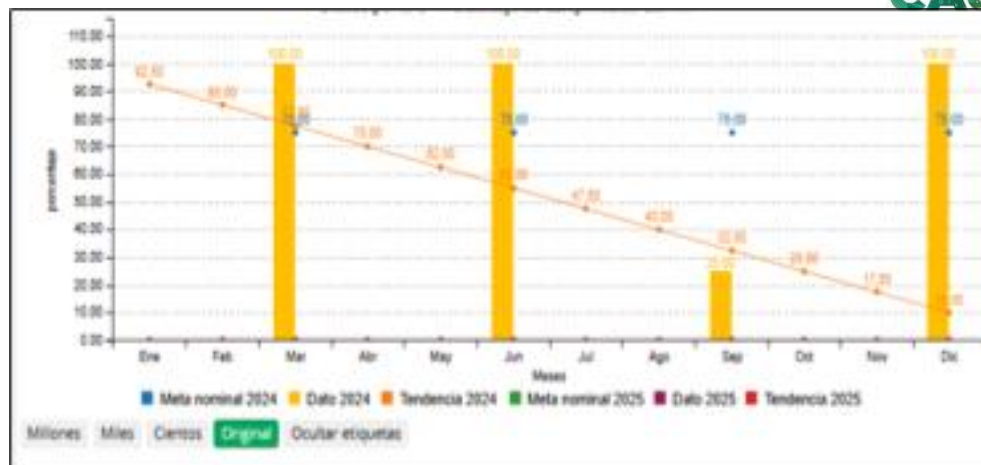
Efectividad de Capacitaciones por periodo



El Plan Institucional de Capacitación (PIC) para la vigencia 2024 permitió que en el componente de capacitación e inducción 4.237 colaboradores asistieran a aproximadamente 95 eventos, que, con respecto al total de funcionarios y contratista a 31 de diciembre de 2024, se tiene un índice de participación cobertura 95,13%.

Se abordaron la totalidad de ejes temáticos establecidos en el Plan, realizando actividades tanto presenciales como virtuales, con el propósito de fortalecer la asistencia y participación de todos los colaboradores de la entidad.

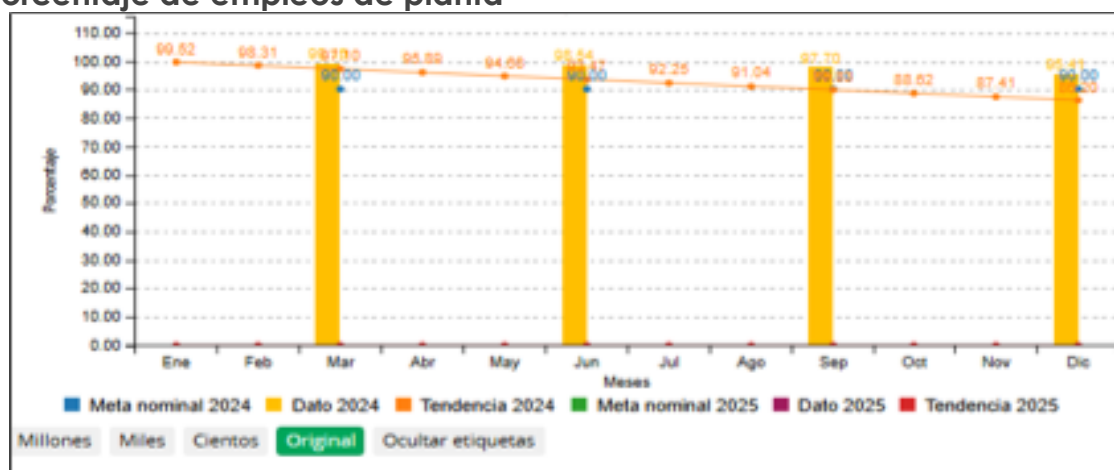
Porcentaje de cumplimiento del Plan de Bienestar e Incentivos



Durante la vigencia 2024, se ejecutaron \$248.350.000 en actividades establecidas en el programa de bienestar social e incentivos, con una cobertura del 93% de participación de los funcionarios y colaboradores inscritos en cada evento.

Las actividades del programa de bienestar social e incentivos, buscan promover el desarrollo integral y la calidad de vida de los servidores públicos, a través de la implementación de iniciativas y estrategias que fortalezcan el bienestar laboral, fomenten un clima organizacional positivo y contribuyan a mantener un equilibrio entre su vida personal, familiar y laboral a través de espacios y actividades de esparcimiento, integración y formación que aumenten su productividad y motivación.

Porcentaje de empleos de planta



Mediante Resolución No. 000275 de 2022, se aprobó la modificación de la planta global de personal, la cual, durante la vigencia de 2024, presentó las siguientes novedades:

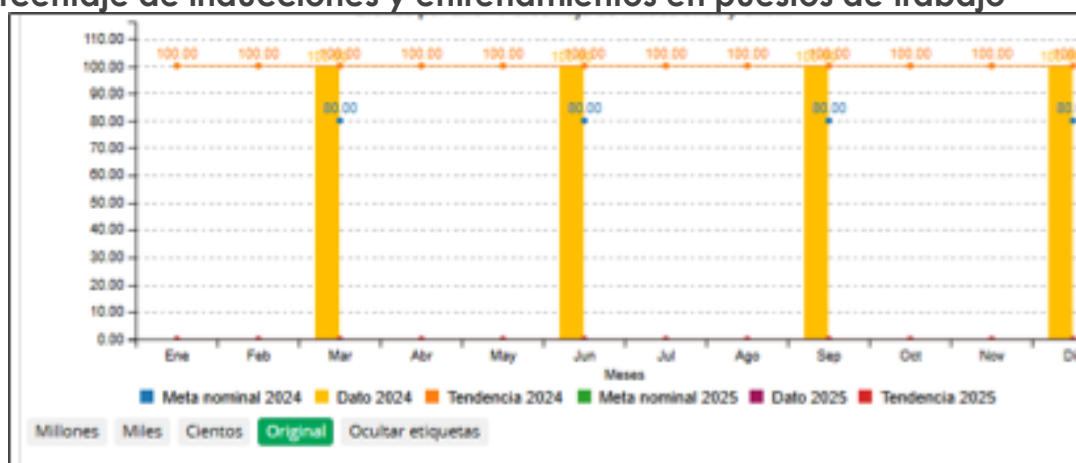
Tipo de vinculación en la planta global de personal

Nivel	No. de cargos aprobados	Periodo Fijo	Nombramiento ordinario	Carrera Administrativa	Encargos	Provisionales	Contrato de Trabajo	Vacantes
Directivo	7	2	3	0	2	0	0	0

Asesor	1	0	1	0	0	0	0	0
Profesional	136	4	0	52	4	69	0	7
Técnico	22	0	0	5	8	9	0	0
Asistencial	272	0	0	139	6	115	0	12
Trabajadores oficiales	41	0	0	0	0	0	38	3
Totales	479	6	4	196	20	193	38	22

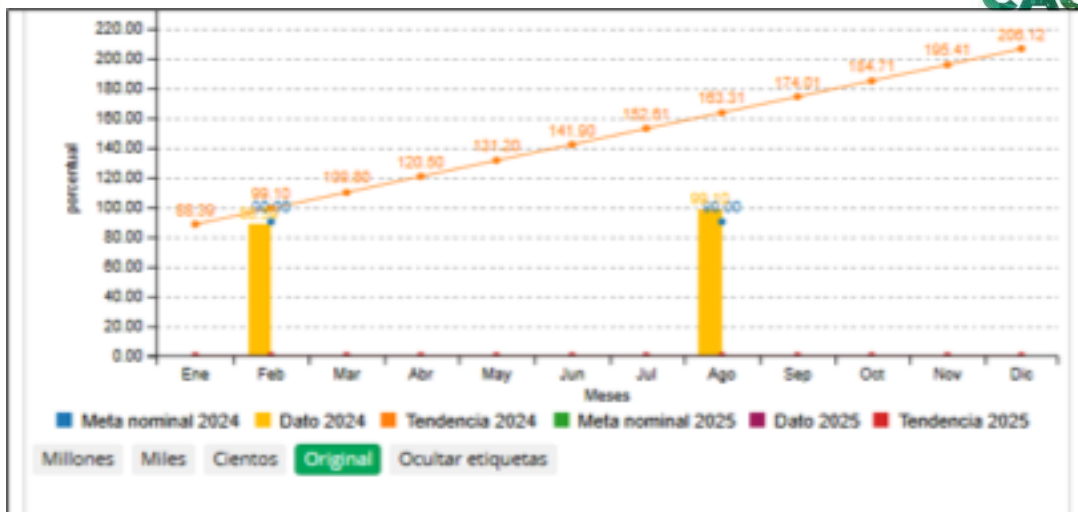
Teniendo en cuenta lo anterior, debido a las diferentes situaciones administrativas que se vienen presentando a causa de la intervención por la Supersalud no se han provistos las vacantes existentes en la planta global de personal de la ESE Hospital Departamental María Inmaculada.

Porcentaje de inducciones y entrenamientos en puestos de trabajo



Se vincularon 1977 colaboradores durante la vigencia de 2024, a quienes se le aplicó la evaluación de inducción y entrenamiento en puesto de trabajo establecida de manera virtual, cumpliendo a cabalidad el procedimiento de inducción y entrenamiento en puesto de trabajo.

Porcentaje del personal evaluado



El Hospital Departamental María Inmaculada ESE, tiene adoptado mediante Resolución No. 00064 del 19 de enero de 2019 el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral establecido por la CNSC, para los servidores públicos de carrera administrativa y los nombrados en período de prueba se fijan los factores para acceso al nivel sobresaliente, y se conforma la Comisión Evaluadora mediante Resolución No. 00071 del 06 de febrero de 2023.

Para el periodo comprendido del 01 de febrero de 2023 al 31 de enero de 2024, se registraron 219 evaluaciones de desempeño en el aplicativo EDL-APP, herramienta establecida por la CNSC para tal fin.

Arrojando los siguientes resultados:

Calificación por niveles.

NIVEL	No. SERVIDORES	PORCENTAJE
ACEPTABLE	1	0,5
SATISFACTORIO	11	5,0
SOBRESALIENTE	207	94,5
EVALUADOS	219	100

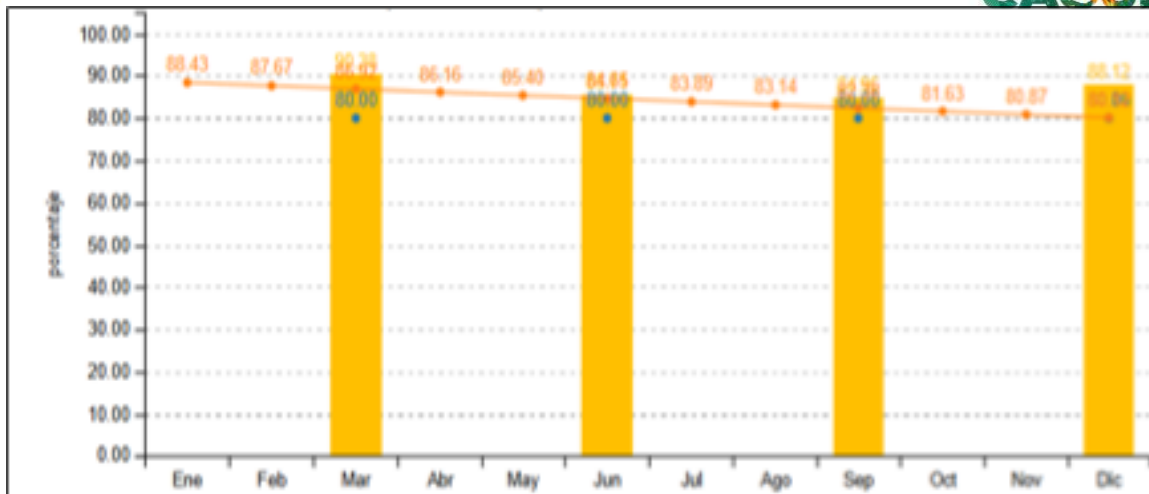
Indicadores SG-SST:

- 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

NOMBRE DEL INDICADOR	META NOMINAL	NUMERADOR Y DENOMINADOR	ENE.	FEB.	MAR.	JUL.	AGO.	SEPT.	PROMEDIO AÑO	ANÁLISIS
			ABR.	MAY.	JUN.	OCT.	NOV.	DIC.		
Ausentismo por causa médica (-) mensual %	2	Número de días de ausencia por incapacidad laboral ó común en el mes / Número días de trabajo programados en el mes * 100	1,0	0,5	0,7	1,5	1,4	1,5	1,1	Como se puede apreciar en los valores capturados, durante la vigencia 2024, el resultado obtenido se mantuvo por debajo de la meta nominal, evidenciando con ello que las ausencias por causa médica no superaron la metas establecida por la entidad para los periodos de medición.
			1,1	1,1	2,0	1,3	0,9	0,7		
Cumplimiento plan anual de trabajo (+) Trimestral %	80	No. de actividades realizadas según el plan anual / No.de actividades programadas en el plan	N/A	N/A	90,4	N/A	N/A	85,0	87,3	Durante los 4 periodos de medición se observa que los resultados obtenidos estuvieron por encima de la meta nominal programada por la entidad, en general de las 430 actividades programadas para la vigencia 2024, se realizó la ejecución de 375
			N/A	N/A	86	N/A	N/A	88,1		
Eficacia de las acciones derivadas del SG-SST (+) Trimestral %	70	No. Total de Acciones con cierre efectivo en el período / No.Total de Acciones SG-SST a cerrar en el periodo	N/A	N/A	100	N/A	N/A	0	100	De las 7 acciones generadas como consecuencia del proceso de mejora continua de la entidad y como producto de los planes de acción resultantes de las auditorías, durante la vigencia 2024 se dio cierre efectivo de manera oportuna a cada una de las 7 tareas generadas
			N/A	N/A	100	N/A	N/A	0		
Frecuencia de la accidentalidad (-) mensual (Cantidad)	1	Numero de Accidentes de Trabajo que se presentaron en el mes / numero de trabajadores en el mes	0,6	1	0,5	0,3	0,3	0,5	0,6	Durante los meses de febrero y octubre de 2024, se observa que hubo un incremento en el numeros de eventos reportados, lo anterior porque el resultado obtenido se mantuvo sobre la meta nominal, en los demas periodos el comportamiento del indicador se mantuvo dentro de los parametros normales de medición y por debajo de la meta nominal.
			0,4	0,9	0,5	1	0,7	0,5		
Severidad de accidentalidad (-) mensual (indice)	5	Número de días de incapacidad por AT en el mes mas Número de días cargados en el mes / Numero de trabajadores en el mes*100	0	0	0,9	1,3	0	0	1,0	En el resultado de la medición se puede apreciar que durante los periodos evaluados el indicador no supero la meta nominal establecida; en general, de los 327.888 días de trabajo programados para laborar en la entidad durante el 2024 se perdieron en total 120 días por accidente de trabajo.
			2,9	0	2,7	0	2,3	1,7		
Condiciones y actos inseguros (+) anual %	85	Número de condiciones y actos inseguros corregidos en el periodo / Total de condiciones y actos Inseguros Identificados en el periodo	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	85,0	Durante la vigencia 2024, se atendieron el 85% de los casos reportados a traves del reporte de actos y condiciones inseguras, tarjeta SST.
			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	85		
Incidencia de la enfermedad laboral (-) anual (cantidad)	487	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo / Promedio de Trabajadores en el periodo*100000	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0,0	Durante la vigencia 2024, no se presentaron casos nuevos de enfermedad calificada como de origen laboral en la entidad.
			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0		
Prevalencia de la enfermedad laboral (-) anual cantidad	1338	Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo / Promedio de trabajadores en el periodo * 100.000	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	634,6	Los casos de enfermedad laboral calificados como de origen laboral no presentaron variación durante la última vigencia, aún se continua con los 7 casos historicos (dx 1 otras sinovitis y tenosinovitis, dx2 síndrome del tunel carpo, dx3 dedo en gatillo, dx4 lumbago no especificado, dx5 epicondilitis media, dx6 epicondilitis lateral, dx7 covid 19.
			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	634,6		
Proporción de accidentes de trabajo mortales (-) anual %	1	Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el periodo / numero Total AT que se presentaron en el periodo * 100	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0,0	Durante la vigencia 2024 no se presentaron accidentes mortales en al entidad.
			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0		

Cumplimiento Plan Anual de Trabajo



Para la vigencia 2024 se estableció un cronograma de actividades acorde con las normativas colombianas vigentes y las necesidades institucionales detectadas en el proceso de auto evaluación de estándares mínimos de la vigencia inmediatamente anterior; Resolución 0312 de 2019 Artículo 16.

Los cronogramas o planes de trabajo de cada periodo, (año) son flexibles en el sentido de que se pueden anexar más actividades de las establecidas inicialmente por el responsable del sistema, lo anterior con base a las necesidades que se vayan detectando en el transcurso de la vigencia.

El plan de trabajo tal y como lo indica la norma, fue socializado a principios de año del año 2025 a las partes interesadas para su respectiva aprobación (Gerencia, Subgerencia administrativa, Talento Humano y el COPASST). La verificación del cumplimiento de las actividades se realiza en periodos trimestrales, a través del indicador "Cumplimiento del plan anual de trabajo SST.

A continuación, se anexa una gráfica tomada de la plataforma DARUMA, donde se puede apreciar el comportamiento de la ejecución de actividades durante cada periodo de medición.

En la gráfica se puede apreciar el comportamiento del indicador durante cada trimestre, evidenciando en los resultados, que se ha venido cumpliendo con la meta nominal establecida para cada periodo de medición, en general el cumplimiento de plan anual de trabajo de la vigencia 2024 fue de 87,29%.

Es de tendencia positiva:	si
Usa numerador y denominador:	si
Descripción del numerador:	No. de actividades realizadas según el plan anual
Descripción del denominador:	No. de actividades programadas en el plan
Es de meta variable:	No
Meta nominal:	80,00 porcentaje
Meta mínima:	60,00 porcentaje
Meta máxima:	90,00 porcentaje
Frecuencia de medición:	3 Mes(es)
Referencia de medición:	junio 01
Fórmula:	$[(NUM)/(DEN)]*100$

Porcentaje cumplimiento estándares mínimos del SG-SST

INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES MÍNIMOS DEL SG-SST					
CICLO	MÁXIMO PORCENTUAL DEL CICLO	PORCENTAJE DEL CICLO OBTENIDO	ESTÁNDAR	MÁXIMO PORCENTUAL ESTÁNDAR	PORCENTAJE OBTENIDO POR ESTÁNDAR
I. PLANEAR	25%	23,5%	1. RECURSOS	10%	9,50%
			2. GESTIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO	15%	14,00%
II. HACER	60%	55,0%	3. GESTIÓN DE LA SALUD	20%	19,00%
			4. GESTIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS	30%	26,00%
			5. GESTIÓN DE AMENAZAS	10%	10,00%
III. VERIFICAR	5%	5,00%	6. VERIFICACIÓN DEL SG-SST	5%	5,00%
IV. ACTUAR	10%	10,00%	7. MEJORAMIENTO	10%	10,00%
TOTAL	100%	93,50%			
		93,50			

3.1.5. Retos y oportunidades de mejora

Retos

- Mejorar los tiempos de entrega de los diferentes productos de la oficina de talento humano (proceso precontractual, nómina, seguridad social, informes, entre otros).
- Mejorar el ambiente laboral motivando a los colaboradores a trabajar en equipo.
- La automatización de algunos procesos que agilice las diferentes tareas a cargo de la oficina.
- 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 al resto de la institución.
- Mejorar la atención al cliente interno y externo.

Estrategias implementadas y propuestas de mejora

- De acuerdo a 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 empresa. 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

La gestión ambiental en el sector hospitalario es esencial para minimizar los impactos negativos en la salud pública y el medio ambiente. En este contexto, el hospital ha desarrollado estrategias de mitigación, control y optimización de procesos, promoviendo prácticas sostenibles y fomentando una cultura ambiental entre su personal y usuarios.

3.2.1.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES

• Normativa Ambiental Hospitalaria en Colombia

El Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. garantiza el cumplimiento de la legislación vigente en materia de gestión integral de residuos hospitalarios, enmarcándose en:

- Resolución 1164 de 2002
- Ley 1252 de 2008
- Decreto 351 de 2014
- Decreto 1076 de 2015
- Decreto 780 de 2016
- Decreto 284 de 2018
- Resolución 2184 de 2019
- Resolución 0591 de 2024

Como parte de su compromiso con la calidad y seguridad sanitaria, la E.S.E. implementa un Plan Integral de Gestión Ambiental (PIGA) y un Sistema de Gestión Ambiental (SGA), que permiten garantizar el adecuado manejo de los residuos hospitalarios y similares.

- **Manejo Adecuado de Residuos Hospitalarios y Similares**

El manejo adecuado de Residuos Hospitalarios, es el conjunto articulado e interrelacionado de acciones de política, normativas, operativas, financieras, de planeación, administrativas, sociales, educativas, de evaluación, seguimiento y monitoreo desde la prevención de la generación hasta el aprovechamiento, tratamiento y/o disposición final de los Residuos Hospitalarios. Estas acciones buscan minimizar riesgos para la salud humana y reducir el impacto ambiental de la actividad hospitalaria.

La E.S.E, como estrategia, cuenta un Plan Integral de Residuos – PIGA, y un Sistema de Gestión Ambiental.

TRIMESTRE 2024	PIGA	SGA
1	100	25
2	96	25
3	100	25
4	100	25
META NOMINAL	90	25

El plan integral de gestión ambiental y el sistema de gestión ambiental del HDMI ESE, contempla todas aquellas actividades de ley que como entidad estamos sujetos a cumplir durante el año; y como se evidencia hemos cumplido todas las actividades por encima de la meta propuesta. El PIGA en el segundo trimestre se cumplió en un 96%.

SENSIBILIZACIONES

Con las respectivas socializaciones, se contemplan las metodologías necesarias para combatir el mal uso y el no ahorro de la energía y agua, además de la mala disposición de segregación de los residuos hospitalarios y similares en sus respectivas canecas. Con ello, generaremos una conciencia ambiental amigable por medio de las estrategias de difusión de la información, socializaciones a los empleados y visitantes de las áreas, y mensajes por medio de imágenes y videos en las redes sociales oficiales del Hospital Departamental María Inmaculada.

- **Campañas Internas de Concientización Ambiental**

Durante el transcurso del año 2024, desde esta área se promovieron cuatro (04) campañas auditivas, que se replicaban por medio de jingles en el altavoz.

- Jingle ahorro de energía
- Jingle ahorro de papel
- Jingle clasificación de residuos
- Jingle ahorro de agua

Igualmente, se entregaron los folletos educativos:



• Socializaciones realizadas

Registro de sensibilizaciones

REGISTRO SENSIBILIZACIONES AÑO 2024	
Nº. Jornadas de Sensibilización programadas	12
Nº. Jornadas de Sensibilización realizadas	12
Nº. Total de personas de la institución	481
Nº. Total personas Sensibilizadas	481

3.2.1.3. Logros del proceso

- **Uso eficiente de recursos:** El Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E, frente a la gestión ambiental, tiene como compromiso el crecimiento y funcionamiento sostenible, mediante las buenas prácticas de operación, adopción de nuevas tecnologías innovadoras pensadas en el ahorro de los recursos como el agua y la energía, adecuación de espacio en zonas productivas, minimización en la generación de residuos no aprovechables y la ejecución de actividades que mantienen la "Campaña Soy consciente, consumo eficiente".

- **Huella de carbono:** La disminución de la **huella de carbono** en el hospital se logra a través de varias estrategias en la gestión ambiental, tales como:
 - **Reducción de residuos ordinarios y su disposición en rellenos sanitarios**, minimizando la generación de metano (CH_4) y dióxido de carbono (CO_2).
 - **Incremento en el reciclaje y reutilización de materiales**, evitando la producción de nuevos insumos y el consumo de energía en procesos industriales.
 - **Optimización del consumo de agua y energía**, disminuyendo el uso de combustibles fósiles en la generación de electricidad y en el bombeo/tratamiento del agua potable y residual.
 - **Manejo seguro de residuos peligrosos (RESPEL)**, evitando la quema inadecuada o la descomposición incontrolada de materiales biológicos que pueden generar gases de efecto invernadero.
 - **Concientización y campañas ambientales** que modifican hábitos de consumo y fomentan el uso eficiente de los recursos naturales.

CÁLCULO APLICADO AL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA E.S.E.

Se consideraron cuatro grandes fuentes de emisión:

Residuos Ordinarios

Cantidad evitada: 135.900 kg (reducidos en 45%).

Factor de emisión de residuos ordinarios en relleno sanitario: 1.2 kg $\text{CO}_2\text{e/kg}$ (Fuente: IPCC).

Cálculo: $135.900 \text{ kg} \times 1.2 \text{ kg CO}_2\text{e/kg} = 163.080 \text{ kg CO}_2\text{e}$

Residuos Aprovechables (Reciclaje)

Cantidad reciclada adicionalmente: 5.878 kg (incremento del 89%).

Factor de emisión evitado por reciclaje: 1 kg $\text{CO}_2\text{e/kg}$ (Fuente: EPA).

Cálculo: $5.878 \text{ kg} \times 1 \text{ kg CO}_2\text{e/kg} = 5.878 \text{ kg CO}_2\text{e}$

Residuos Peligrosos (RESPEL)

Cantidad manejada adecuadamente: 124.312 kg.

Factor de emisión asociado: 2.5 kg $\text{CO}_2\text{e/kg}$ (Fuente: GHG Protocol).

Cálculo: $124.312 \text{ kg} \times 2.5 \text{ kg CO}_2\text{e/kg} = 310.780 \text{ kg CO}_2\text{e}$

Uso Eficiente de Recursos Naturales

Consumo de agua:

Reducción lograda: 2.499 m³.

Factor de emisión del tratamiento de agua potable: 12.22 kg CO₂e/m³ (Fuente: IDEAM).

Cálculo: $2.499 \text{ m}^3 \times 12.22 \text{ kg CO}_2\text{e/m}^3 = 30.543 \text{ kg CO}_2\text{e}$

Consumo de energía:

Consumo total: 2.584.989 kWh.

Factor de emisión de la electricidad en Colombia: 0.233 kg CO₂e/kWh (Fuente: XM - Operador del Sistema Eléctrico Colombiano).

Cálculo: $2.584.989 \text{ kWh} \times 0.233 \text{ kg CO}_2\text{e/kWh} = 602.302 \text{ kg CO}_2\text{e}$

Resultados finales de la reducción de la huella de carbono

Fuente de emisión	Reducción estimada (kg CO ₂ e)
Residuos Ordinarios	163.080 kg CO ₂ e
Residuos Aprovechables	5.878 kg CO ₂ e
Residuos Peligrosos (RESPEL)	310.780 kg CO ₂ e
Consumo de Agua	30.543 kg CO ₂ e
Consumo de Energía	602.302 kg CO ₂ e
Total Reducción de CO ₂ e	1.146.583 kg CO ₂ e (1.146 t)

La implementación de estrategias de reducción de residuos, reciclaje, eficiencia energética y consumo responsable de agua permitió mitigar 1.146 toneladas de CO₂e en 2024. Esto demuestra el impacto positivo del Sistema de Gestión Ambiental (SGA) del hospital y su contribución a la sostenibilidad y lucha contra el cambio climático.

3.2.1.4. Metas o indicadores

Para hacer seguimiento al comportamiento del manejo de los Residuos Hospitalarios. El área cuenta con tres indicadores de gestión:

PORCENTAJE DE RESIDUOS ORDINARIOS GENERADOS EN EL PERIODO

Este indicador permite ver el comportamiento de los Residuo ordinarios, que comprenden los Residuos **Orgánicos Aprovechables** (Restos de comida), se segregan en contenedores de color VERDE y **No Aprovechables** (Empaques de comida, Servilletas contaminadas de comida, ordinarios, inerte y comunes), se segregan en contenedores de color NEGRO.

Producción Residuos Ordinarios – 2023 - 2024



En la gráfica, se puede observar que la producción de residuos ordinarios entre los años 2023 y 2024 experimentó una disminución de 135,900 kg, lo que representa un 45% en total, incluyendo tanto los residuos orgánicos **aprovechables** como los **no aprovechables**. Esta reducción se atribuye a las campañas de socialización sobre la segregación de residuos que ha estado llevando a cabo el Área de Gestión Ambiental, dirigidas a Funcionarios, Usuarios y su familia.

Teniendo en cuenta que el total de Residuos Hospitalarios producido en el año 2024 en la E.S.E. (HDMI-SEDES), fue de 305.922 Kg. El 99% de los Residuos Ordinarios son generados en HDMI. Los Residuos Ordinarios representan el 55% de la producción con 169.031 kg; el costo total del año cancelado por la evacuación de estos RESIDUOS, fue de **\$107.887.638**.

PORCENTAJE DE RESIDUOS RECICLADOS DEL TOTAL GENERADO POR LA INSTITUCIÓN

Este indicador permite evidenciar el comportamiento de los Residuos aprovechables (reciclados) en la E.S.E., estos residuos se segregan en contenedores de color BLANCO.

Producción Residuos Aprovechables – años 2023-2024



En la gráfica, se evidencia que la producción de residuos aprovechables aumentó en 5,878 kg, lo que representa un incremento del 89%. Este aumento se atribuye a la efectiva segregación de residuos desde la fuente, liderada por el área de gestión ambiental a través de la campaña "Soy consciente, consumo eficiente".

Teniendo en cuenta que el total de Residuos Hospitalarios producido en el año 2024 en la E.S.E. (HDMI-SEDES), fue de 305.922 Kg. El 99% de los Residuos Aprovechable son generados en HDMI. Los Residuos Aprovechables representan el 4% de la producción con 12.577kg. se recaudaron **\$4.502.286.**

PRODUCCIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS GENERADOS

Este indicador permite ver el comportamiento de los Residuo Peligrosos, que representan un mayor riesgo debido a su potencial **Infecciosos o de riesgo biológico**: Dentro de esta subcategoría se encuentran: Biosanitarios, Anatomopatológicos, Cortopunzantes, Fármacos, RAES. Estos Residuos son también conocidos como RESPEL. se segregan en contenedores de color ROJO.

Producción Residuos Peligrosos RESPEL – años 2023 – 2024



En la gráfica se puede observar que, en el año 2024, los residuos peligrosos experimentaron un aumento de 5,878 kg, con respecto al año 2023, lo que representa un 4%. Este incremento está en línea con el crecimiento de la demanda de atención hospitalaria por parte de los Usuarios.

Teniendo en cuenta que el total de Residuos Hospitalarios producido en el año 2024 en la E.S.E. (HDMI-SEDES), fue de 305.922 Kg. El 98% de los Residuos Peligrosos son generados en HDMI. Los Residuos Peligrosos representan el 41% de la producción con 124.312 kg; el costo total del año cancelado fue de **\$370.500.360**.

CONSUMO DE AGUA EN EL PERIODO

Por medio de este indicador se evalúa el comportamiento del consumo mensual de agua.

Consumo total de Agua – años 2023 - 2024

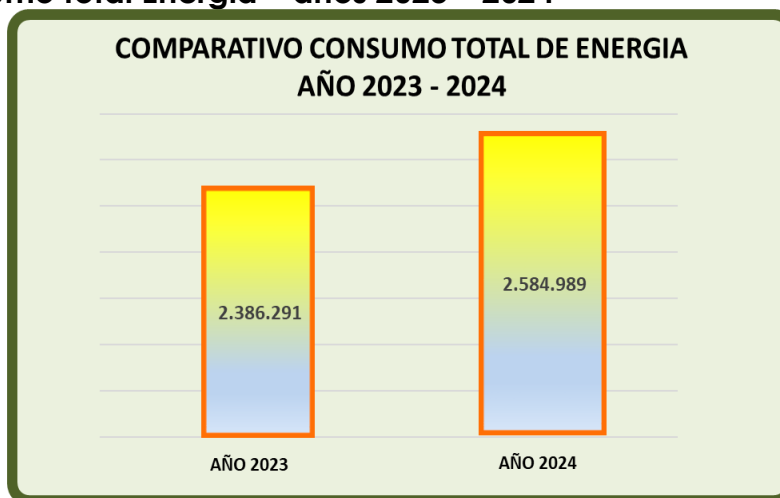


En la gráfica se observa que, al comparar el consumo de agua entre los años 2023 y 2024, se registró una disminución de 2.499 m³, lo que representa

un 3%. Esta reducción indica que la campaña de ahorro en el consumo de agua y el reporte oportuno de fugas ha sido bien recibida y adoptada por el personal de la institución.

El consumo de agua varía de acuerdo con factores internos y externos a la E.S.E. El consumo total del servicio de Agua fue de 88.790 m³, donde el 99% del consumo es del HDMI. El valor total cancelado por este servicio durante el 2024 fue de **\$239.527.317**.

PORCENTAJE DE CONSUMO DE ENERGÍA EN EL PERIODO **Consumo total Energía – años 2023 – 2024**



En la gráfica se puede observar que, al comparar el consumo de energía entre los años 2023 y 2024, se registró un aumento de 198,698 kW, lo que representa un incremento del 8%. Este aumento no es muy significativo, especialmente considerando que la institución ha ampliado su oferta de nuevos servicios de salud y ha incrementado su equipo de talento humano.

El consumo de Energía varía de acuerdo con factores internos y externos a la E.S.E. El consumo total del servicio de Energía fue de 2.584.989 Kw, donde el 94% del consumo es del HDMI. El valor total cancelado por este servicio durante el 2024 fue de **\$2.452.893.884**.

3.2.1.5. Retos y oportunidades de mejora

- Fortalecimiento del reciclaje y reducción de residuos peligrosos.
- Optimización del consumo de agua y energía, incluyendo tecnologías de bajo consumo.
- Mayor educación ambiental para personal, pacientes y comunidad.
- Monitoreo continuo de indicadores para mejorar la eficiencia en la gestión ambiental.

3.2.2. INGENIERÍA BIOMÉDICA

3.2.2.1. Presentación

El área de Ingeniería Biomédica se encarga principalmente de mantener y garantizar que los equipos biomédicos estén funcionando correctamente, y sean seguros para el uso en el cuidado de los pacientes, esto se realiza a través del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos asignados a cada uno de los servicios en la institución, lo cual implica una atención inmediata ante las solicitudes generadas a nivel de correctivos, y al desarrollo de una programación para los preventivos.

3.2.2.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

- Seguimiento a la ejecución de los cronogramas de mantenimiento preventivo a la totalidad de los equipos biomédicos de la institución dando cumplimiento a la normativa vigente, incluido los Centros de Salud Morelia, La Montañita y la Unión Peneya.
- Las actividades correctivas se enmarcan en la atención al reporte realizado por los servicios para revisión, ajuste y reparación de los equipos que presentan fallas y requieren atención por el profesional en ingeniería biomédica y/o electrónica que se encuentra en disposición de atender la novedad en el menor tiempo posible.
- Garantizar el correcto desarrollo de la gestión documental del área relacionada, que consiste en la elaboración, actualización de hojas de vida de equipos, mantener actualizado el inventario de equipos biomédicos existentes.
- Garantizar el cumplimiento de las normas para la seguridad de los equipos, incluye capacitación de uso y manejo.
- Mantener registro y control sobre el historial de los equipos biomédicos.
- Apoyar en la compra de las tecnologías biomédicas, procurando hacer la mejor selección y con las adecuadas garantías para su correcto uso y funcionamiento durante su vida útil.
- Diligenciar los indicadores de gestión de calidad para el seguimiento y efectividad de las actividades realizadas en el área.
- Realizar seguimiento al cumplimiento de las rondas de seguridad a diario con el fin de anticipar fallas y atender de forma inmediata falencias presentadas en los equipos.
- Apoyar de manera trimestral en el diligenciamiento del formulario de infraestructura - Equipos de acuerdo al Decreto 2193 del 2004.

- Apoyar en la elaboración, ejecución y supervisión del plan de mantenimiento hospitalario de acuerdo al Decreto 1769/1994 y sus reglamentarios referentes a equipos biomédicos.
- Seguimiento e informe mensual de las actividades realizadas a través de la Mesa de Ayuda.
- Participar y apoyar en la formulación de proyectos de dotación biomédica de forma exclusiva en la determinación de las especificaciones técnicas de los equipos.
- Realizar los pedidos de los materiales requeridos para las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo.

3.2.2.3. Logros del proceso

ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS

Durante la vigencia 2024 se adquirieron los siguientes equipos biomédicos, requeridos debido a la ampliación de servicios, la renovación tecnológica con el fin de asegurar la seguridad del paciente:

Sala de partos y unidad de Obstetricia:

Para la sala de partos y unidad de Obstetricia se adquirieron 2 monitores de signos vitales tipo araña, los cuales permiten el desplazamiento para la toma de signos de los pacientes en toda la unidad, 2 monitores de fetales con la posibilidad de tomar los signos de las maternas y 3 monitores de signos vitales.





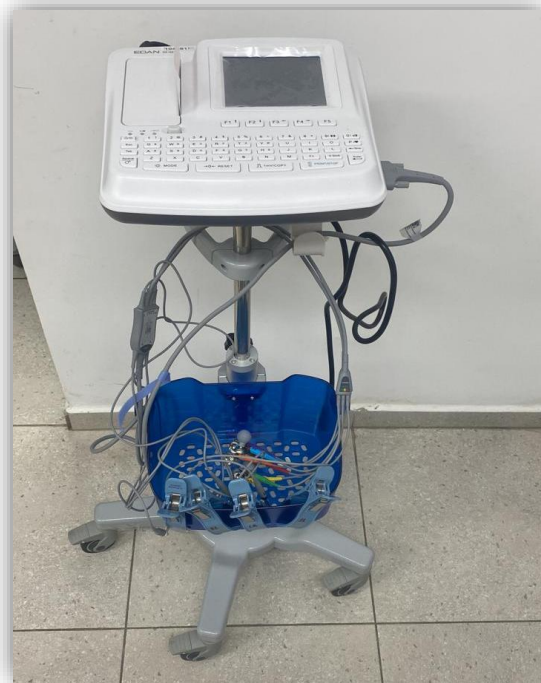


Urgencias

En el servicio de urgencias se adquirió una lámpara cuello de cisne Led, ideal para la visibilidad al momento de realizar los procedimientos y curaciones. Adicionalmente se adquirieron 2 electrocardiógrafos, permitiendo la

disponibilidad de estos teniendo en cuenta la cantidad de pacientes del servicio.





Cirugía

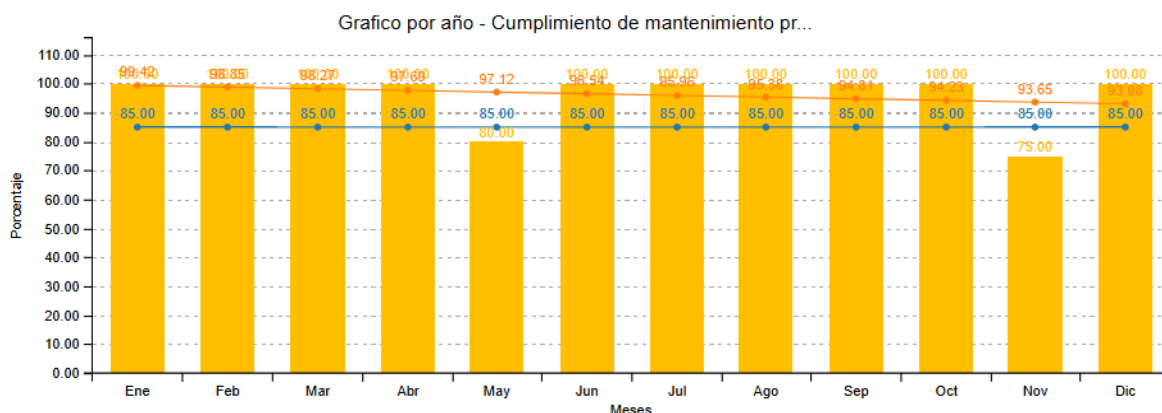
Para el servicio de Cirugía se adquirió un Calentador de líquidos de dos canales y un electrobisturí, que permitió la renovación de la tecnología en el servicio.



3.2.2.4. Metas o indicadores

Cumplimiento de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos RF-IB-13

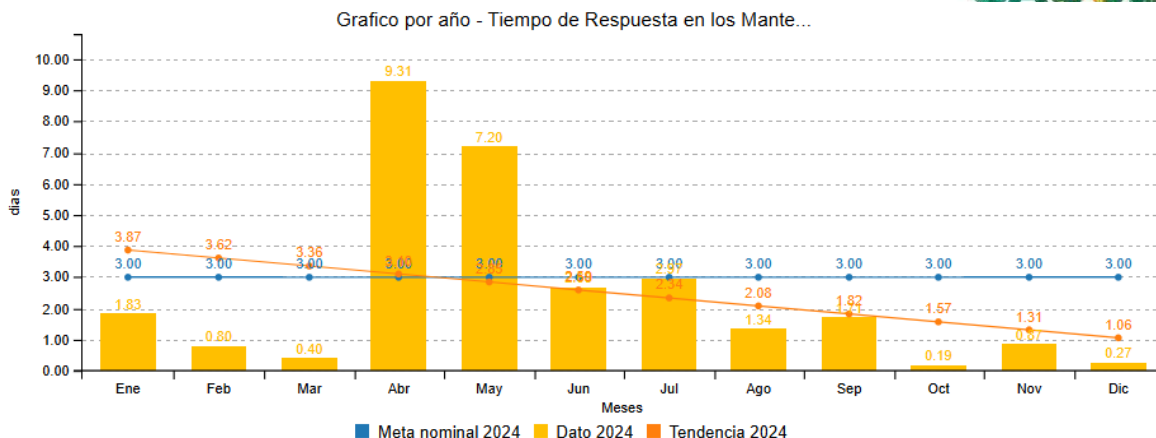
- **Medición:** Porcentaje de la cantidad de servicios programados para Mantenimiento preventivo sobre los ejecutados
- **Meta del indicador:** 85 %
- **Importancia del indicador:** Este da el cumplimiento en la adherencia del cronograma de mantenimiento preventivos de equipos biomédicos de la institución.



Para los meses de mayo y noviembre no se cumplió la meta nominal debido a los siguientes factores. En mayo se tenían 5 servicios programados para mantenimiento preventivo, de los cuales se realizaron 4, representando el 80% de cumplimiento del indicador, al no poderse garantizar la seguridad del personal biomédico, debido a la situación de orden público presentado. En el mes de noviembre se tenían programados 8 servicios para mantenimiento preventivo, de los cuales se realizaron 6, ejecutándose solo el 75% del indicador. La brecha se presentó, ya que no se contaba con disponibilidad de vehículo institucional para el transporte de los ingenieros. Por lo tanto, se reprogramó para el mes siguiente (Diciembre). Es importante mencionar que el requerimiento del transporte se realiza con anticipación al área de Mantenimiento para su respectiva programación.

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.



En el mes de abril, de acuerdo a la gráfica, se puede observar que el tiempo de repuesta para los mantenimientos correctivos corresponde a 9 días. La brecha se presenta especialmente por dos situaciones: 1) No contar con los repuestos para la reparación de los equipos, algunos de los repuestos son bajo importación lo que hace que el tiempo de entrega de los mismos sea más prolongado. 2) Los equipos de soporte de vida (Ventiladores de la Uci Adulto), hubo demoras en el proceso de contratación lo cual hizo que el tiempo de espera para la revisión de los equipos se aumentara. sin embargo, es importante mencionar, que se cuentan con equipos de ventilación en back up, lo cual no altero la prestación del servicio. Por otro lado, en el mes de mayo, de acuerdo a la gráfica, se puede observar que el tiempo de repuesta para los mantenimientos correctivos corresponde a 7 días. La brecha se presenta por 2 equipos (Ecógrafo de sala de partos y la Estación de donación de banco de sangra), ya que hubo que realizar la importación de los repuestos y hubo demora en la entrega e instalación de los mismos.

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.

3.3. GESTIÓN FINANCIERA

3.3.1. Presentación

Gestión financiera tiene el objetivo de registrar, verificar, analizar e informar de manera oportuna y confiable, todos los hechos económicos y presupuestales que afecten el flujo financiero, generando una correcta ejecución y control de los recursos, conforme con la normatividad vigente aplicable a las Empresas Sociales del Estado. Su alcance inicia con la generación de los hechos económicos de la entidad, hasta la consolidación de la información de manera oportuna, confiable y fidedigna dirigida al cliente interno o externo.

3.3.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

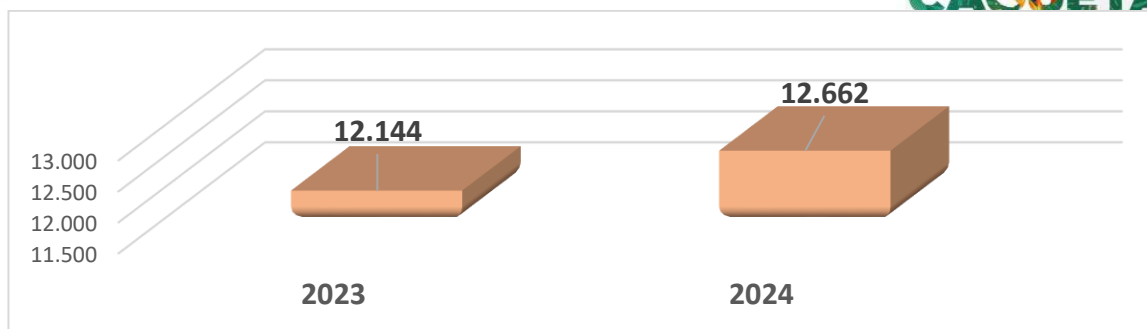
INFORME EJECUCION DE INGRESOS 2024

CONCEPTO	PPTO INICIAL	% Partic.	PRESUPUESTO FINAL	EJECUCION A DICIEMBRE 2024	% Ejecutado	TOTAL RECAUDO	% Recaudo
DISPO INICIAL	2.862.475.774	2	3.336.367.457	3.336.367.457	100	3.336.367.457	100
VIGENCIA ACTUAL	143.055.823.464	88	140.839.102.597	151.938.763.792	108	68.086.247.243	45
RECUPERACION	16.255.638.982	10	29.255.638.982	48.506.239.896	166	48.506.239.896	100
OTROS INGRE CTE	0		0	1.820.990.380	100	1.820.990.380	100
TRANSFERENCIAA NACION	0		96.807.652.367	96.108.696.984	99	96.105.270.983	100
INGRESOS CAPITAL	0		0	556.074.166	100	556.074.166	100
TOTAL	162.173.938.220	100	270.238.761.403	302.267.132.675	112	218.411.190.125	72

El presupuesto de Ingresos presento adiciones durante la vigencia fiscal 2024, por valor \$110.281.544.050,38 y reducción por valor \$2.216.720.867,00, presentando un valor de presupuesto de ingresos definitivo de **\$270.238.761.403,00**; como se observa en la tabla anterior en la vigencia 2024, el total del presupuesto ejecutado fue del 112%; donde la recuperación de cartera se ejecutó en 166% y la venta de servicios de la operación corriente fue del 108%.

El resultado del recaudo en el 2024, presentó un porcentaje de ejecución del 72%, como se observa en la tabla anterior, por concepto de venta de servicios de la operación corriente se recaudó 45%, lo anterior representa un porcentaje muy bajo, lo cual obedece al incumplimiento de pagos por parte de las Entidades Responsables de Pago – ERP.

FACTURACION SERVICIOS DE SALUD 2023-2024 PROMEDIO MES



La venta de servicios en la vigencia 2023, asciende a \$145.732 millones de pesos, con un promedio mes facturado de \$12.144 millones de pesos. Comparado con la facturación promedio mensual de la anualidad 2024, por valor de \$12.662 millones de pesos, lo que refleja una variación positiva del 4%.

INFORME DE EJECUCIÓN DE GASTOS 2024

CONCEPTO	Presupuesto Inicial	ADICION 2024	Presupuesto Final	% Partic	Presupuesto Ejecutado	% Ejec
Funcionamiento	\$ 46.864.120.753	\$ 9.110.851.785	\$ 55.974.972.538	21	43.809.744.264	78
Servicio de la Deuda	0	\$ 0,00		0	0	0
Inversión	\$ 468.459.591	\$ 89.773.669.800	\$ 90.242.129.391	33	460.487.288	1
Gastos de Operación Comercial	\$ 114.841.357.876	\$ 9.180.301.598	\$ 124.021.659.474	46	107.672.295.932	87
TOTAL GASTOS 2024	\$ 162.173.938.220	\$ 108.064.823.183	\$ 270.238.761.403	100	151.942.527.483	

El presupuesto de Ingresos presento adiciones durante la vigencia fiscal 2024, por valor \$110.281.544.050,38 y reducción por valor \$2.216.720.867,00, presentando un valor de presupuesto de ingresos definitivo de **\$270.238.761.403,00**; en la vigencia 2024, el presupuesto de gastos de funcionamiento, se ejecutó en el 78%, gastos de inversión 1% y gastos de operación comercial el 87%. La tabla refleja un total de ejecución del 56% debido a que en el ítems de inversión se ejecutó el 1%.

INFORME DE CUENTAS POR PAGAR A 31 DE DICIEMBRE DE 2024

CONCEPTO	cuentas por pagar a 31 de diciembre de 2024
Funcionamiento	\$ 9.295.335.000,00
Servicio de la Deuda	0
Inversión	\$ 0,00

Gastos de Operación Comercial	\$ 20.785.470.568,00
TOTAL 2024	\$ 30.080.805.568,00
TOTAL 2023	\$18.250.324.350,00

En la vigencia 2023 las cuentas por pagar reflejadas en el cierre financiero fue de **\$18.250.324.350,00**, se observa una variación del 65% comparadas con la vigencia 2024, siendo este resultado negativo para la institución, ya que estas cuentas deben incorporarse en el Presupuesto de 2025, generando disminución en la gestión operacional corriente de esta vigencia. La variación del 65% es el resultado de la baja rotación de la cartera, cultura del NO pago y los incumplimientos sistemáticos de la aplicación de la normatividad vigente referente al flujo de recursos de salud por parte de las ERP.

ESTADO DE CUENTAS POR PAGAR POR EDAD / 31 DICIEMBRE DE 2024

CONCEPTO	ESTADO DE CUENTAS POR PAGAR (millones de pesos)							%
	0-30	31-60	61-90	91-120	121-180	MAS 180	TOTAL	
NOMINA SERVIDOES PUBLICOS	5.592	0	0	0	0	0	5.592	19
CONTRATISTAS (ESPECIALISTAS, MEDICOS, ENFERMERAS, AUXILIARES Y OTROS	5.068	1.342	1.462	524	0	0	8.396	28
SENTENCIAS Y CONCILIACIONES	429		0	0	0	1.243	1.672	6
RETENCIONES Y CONTRIBUCIONES	1.049						1.049	3
PROVEEDORES Y OTROS	6.254	2.117	1.405	643	2.286	667	13.372	44
TOTAL	18.392	3.459	2.867	1.167	2.286	1.910	30.081	100
%	61	11	10	4	8	6	100	

A 31 de diciembre de 2024, las cuentas por pagar registradas en el cierre financiero y constituidas en tesorería ascienden a \$30.081 millones de pesos, de las cuales el 47% son gastos de personal de planta y contratistas, 9% sentencias, retenciones y contribuciones y el 44% proveedores y otros.

ESTADO DE LAS CUENTAS POR COBRAR/ CARTERA /2024

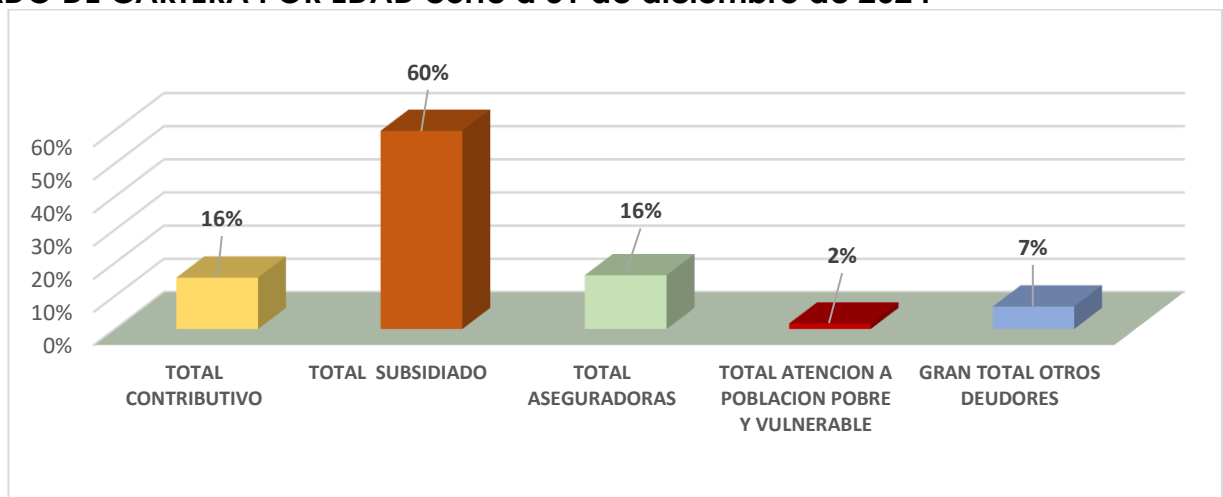
El Hospital Departamental María Inmaculada presenta una cartera a 31 de diciembre de 2024, por valor de **CIENTO TREINTA Y MIL QUINIENTOS NOVENTA MILLONES SESENTA Y UN MIL VEINTISIETE PESOS (\$131.590.061.027,00)** mcte de los cuales el valor de **VEINTE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CATORCE PESOS (\$20.387.358.814,00)** mcte, corresponden a entidades en liquidación y se encuentran dentro de la cartera mayor al 360 días.

ESTADO DE CARTERA POR EDAD corte a 31 de Diciembre de 2024

REGIMEN	De 1 a 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Mayor a 360 días	TOTAL	%
CONTRIBUTIVO	2.653.998.409	1.185.675.982	2.145.060.369	2.256.600.468	12.163.948.584	20.405.283.812	16%
SUBSIDIADO	9.596.454.409	6.057.113.907	17.956.695.957	21.767.289.671	23.313.230.477	78.690.784.421	60%
ASEGURADORAS	674.119.721	576.149.476	2.262.932.801	1.968.537.324	15.895.934.075	21.377.673.397	16%
ATENCION A POBLACION POBRE Y VULNERABLE	26.733.615	38.197.205	287.095.229	347.054.714	1.486.179.774	2.185.260.537	2%
OTROS DEUDORES	1.321.002.616	959.951.326	2.882.537.606	1.418.683.504	2.348.883.808	8.931.058.860	7%
TOTAL CARTERA	14.272.308.770	8.817.087.896	25.534.321.962	27.758.165.681	55.208.176.718	131.590.061.027	100%
%	11%	7%	19%	21%	42%	100%	

Como se observa en la tabla anterior, el 60% corresponde al régimen subsidiado, donde la EPS ASMET Salud, adeuda el valor de \$57.102 millones de pesos. El 16% corresponde al régimen contributivo, el 16% a Aseguradoras SOAT. De igual forma el 42% de la cartera es mayor a 360 días, Situación de alto riesgo para el hospital, convirtiéndose estas cuentas en difícil recaudo, debido a los tramites demorados e incertidumbre en la generación de estos pagos.

ESTADO DE CARTERA POR EDAD corte a 31 de diciembre de 2024



ENTIDADES CON MAYOR DEUDA a 31 de diciembre de 2024

ENTIDAD	TOTAL GENERAL
ASMET SALUD EPS SAS	57.102.008.501
NUEVA EPS	12.473.817.466
LA PREVISORA S A	6.877.283.455
ADRES	6.180.673.809
SANITAS S A S	4.364.222.591
ESM BATALLON DE ASPC NO. 12	2.896.197.977
EMSSANAR	2.548.580.134
FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.	2.121.285.770
SEGUROS DEL ESTADO S.A	2.041.980.539
COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	1.825.898.438
AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.	1.543.393.459
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC	1.381.587.052
UNION TEMPORAL SALUDSUR2	1.243.731.165
TOTALES	102.600.660.356

Del total de la cartera, el 78% está representado en la siguientes entidades responsables, valor que asciende a **CIENTO DOS MIL SEISCIENTOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS (\$102.600.660.356,00)** mcte.

COMPARATIVO DE CARTERA 2023 -2024

Subconcepto	Hasta 60	De 61 a 90	De 91 a 180	De 181 a 360	Mayor 360	Total Cartera Radicada	%
	17.871.389.243	8.784.754.903	27.148.354.960	18.071.138.939	32.443.444.973	104.319.083.018	6
<u>CARTERA 31 MARZO DE 2024</u>	15.030.762.752	9.845.919.877	22.053.303.769	28.599.894.573	34.831.568.842	110.361.449.813	19
<u>CARTERA 31 DICIEMBRE DE 2024</u>	14.272.308.770	8.817.087.896	25.534.321.962	27.758.165.681	55.208.176.718	131.590.061.027	

Al realizar el análisis comparativo de la cartera entre la las vigencia 2023 y 2024, se evidencia un incremento del 19%, debido a que las EPS no cumplen con el literal d. Art. 13 ley 1122 de 2007, 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, los cuales registran el 97% de la población afiliada, se encuentran intervenidas por la Superintendencia Nacional de salud, desde la vigencia 2023, sin resultados favorables de recaudo a favor de la IPS quien presta los servicios de atención en salud a la población afiliada.

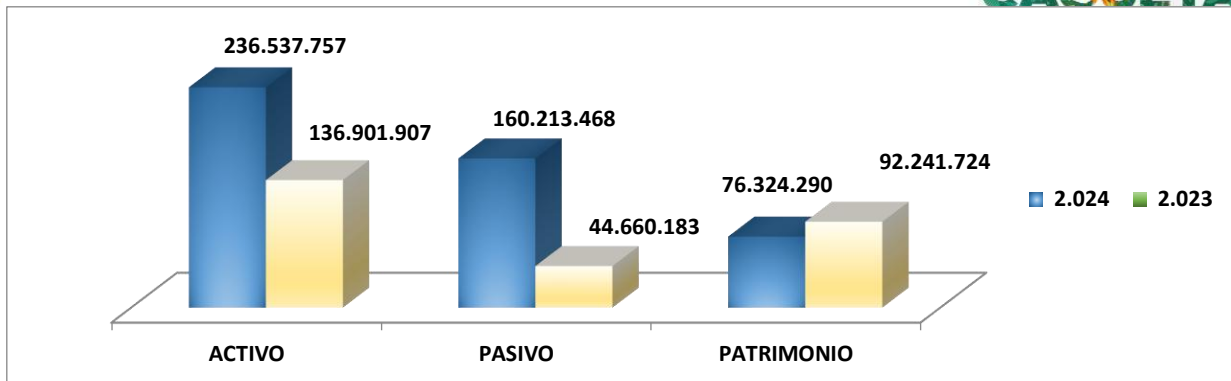
Así las cosas, esta situación afecta negativamente el indicador de liquidez del Hospital María Inmaculada ESE, lo que conlleva al no pago oportuno de sus obligaciones, como pago de nómina, contratistas y proveedores.

INFORME DE ESTADOS FINANCIEROS COMPARATIVOS 2023-2024 (miles de pesos)

CONCEPTO	DICIEMBRE	DICIEMBRE	VARIACIÓN	
	2024	2023	NUMÉRICA	%
ACTIVO				
CORRIENTE	200.617.046	101.775.177	98.841.868	97,12
Efectivo	94.121.676	3.336.367	90.785.309	2.721,08
Cuentas por Cobrar	93.911.201	86.868.610	7.042.591	8,11
Menos Deterioro	-	-	-	-
Inventarios	10.806.513	10.124.421	682.092	6,74
Otros Activos	1.777.655	1.445.779	331.876	22,95
NO CORRIENTE	35.920.711	35.126.730	793.982	2,26
Cuentas por Cobrar	64.414.924	53.109.799	11.305.125	21,29
Menos Deterioro	(62.877.785)	(51.795.846)	(11.081.940)	21,40
Propiedades, Planta y Equipo	70.591.751	68.090.331	2.501.420	3,67
Menos Depreciación y amortización	(36.345.359)	(34.277.554)	(2.067.805)	6,03
Otros Activos	137.181	-	137.181	-
TOTAL ACTIVO	236.537.757	136.901.907	99.635.850	72,78

CONCEPTO	DICIEMBRE	DICIEMBRE	VARIACIÓN	
	2024	2023	NUMÉRICA	%
PASIVO				
CORRIENTE	154.798.488	22.355.179	132.443.309	592,45
Cuentas por pagar	24.225.683	16.040.449	8.185.234	51,03
Beneficios a los empleados	5.723.555	3.759.340	1.964.215	52,25
Provisiones	35.585.691	2.545.040	33.040.651	1.298,24
Otros Pasivos	89.263.559	10.350	89.253.209	862.324,85
NO CORRIENTE	5.414.980	22.305.003	(16.890.024)	(75,72)
Cuentas por pagar	1.277.894	86.676	1.191.217	1.374,33
Beneficios a los empleados	1.503.473	1.529.411	(25.937)	(1,70)
Provisiones	2.633.613	20.688.917	(18.055.303)	(87,27)
Otros Pasivos	-	-	-	-
TOTAL PASIVOS	160.213.468	44.660.183	115.553.285	258,74
PATRIMONIO	76.324.290	92.241.724	(15.917.435)	(17,26)
Capital Fiscal	25.067.457	24.174.668	892.788	3,69
Resultado de Ejercicios Anteriores	67.987.615	54.367.683	13.619.932	25,05
Resultado del Ejercicio	(16.730.782)	13.699.373	(30.430.155)	(222,13)
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	236.537.757	136.901.907	99.635.850	72,78

INFORME DE ESTADOS FINANCIEROS COMPARATIVOS 2023-2024



Los Activos aumentaron en \$99.636 millones, aprox. 73%, la cuenta más representativa es la del efectivo por cuanto se encuentran los recursos asignados por Minsalud para la construcción de una nueva torre en el Hospital; la segunda cuenta más representativa es la de cuentas por cobrar que, sin aplicar el deterioro, estas se han incrementado en el 29% aprox., debido a la baja rotación de la cartera por la cultura del no pago por parte de las E.R.P. frente a la facturación; la subcuenta más significativa, es el Plan Subsidiado, con el 60% del total de las cuentas por cobrar Radicadas, donde ASMETSALUD es el mayor cliente con el 73% de deuda, realizan los pagos de forma mensual cumpliendo parcialmente con los acuerdos de pago, sin embargo, estos son deficiente por el NO cumplimiento de la normatividad vigente de flujo de recursos en salud.

Las cuentas por Cobrar de Entidades en liquidación, ascienden al valor de \$20.387 millones que representan el 15% aprox. del total de las Cuentas por Cobrar. Este valor se extrae del detallado del informe del Decreto 2193 de 2004, con corte a 31 de Diciembre de 2024.

En total el inventario de materiales y suministros por valor de \$10.807 millones de pesos, se incrementó en un 7% aprox. respecto al año inmediatamente anterior.

La propiedad planta y equipo presentó un incremento del 4% frente a la vigencia inmediatamente anterior

El Total Pasivo refleja aumento de \$115.553 millones, el 257% aprox., donde la cuenta más significativa es la de Otros pasivos Diferidos, por valor de \$89.500. millones de pesos, correspondiente a los recursos asignados por el Minsalud para la construcción de la Torre del Hospital, los cuales, según la resolución de asignación, están condicionados. La segunda cuenta más significativa es la de Provisiones por Litigios y Demandas con el 24% aprox. del total de los pasivos, como posibles contingencias, por fallos de primera instancia en contra del Hospital.

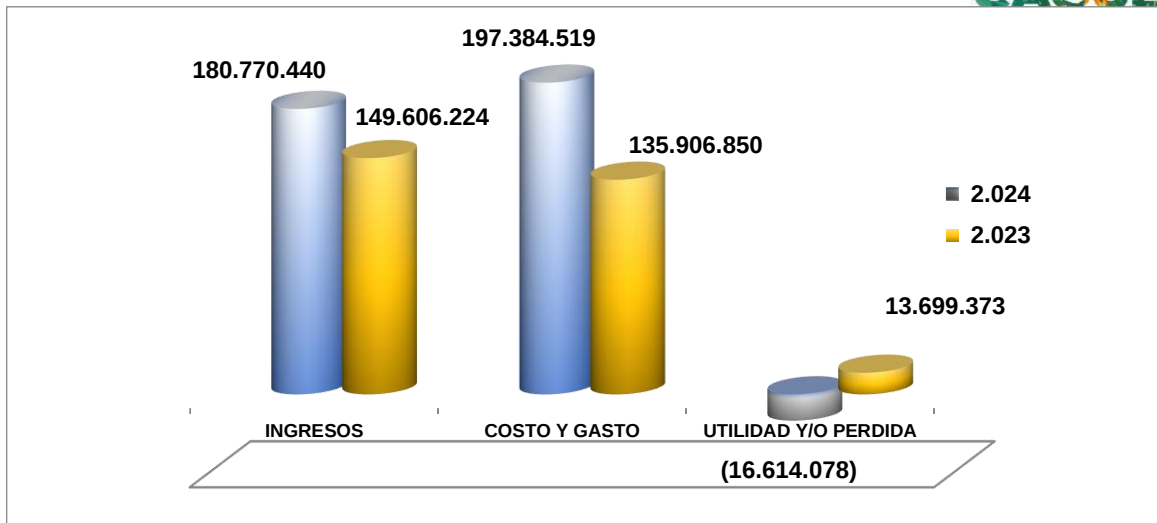
La cuenta clase 24 "Cuentas por Pagar" representa el 16% aprox. del total del pasivo y tuvo incremento del 51% aprox., frente a las del año inmediatamente anterior.

En su Patrimonio total se refleja disminución del 17% aprox. El Resultado del Ejercicio presenta una pérdida para el año 2024 por valor de \$16.731 Millones aprox. Reflejada en (222%).

ESTADO DEL RESULTADO INTEGRAL COMPARATIVO (miles de pesos)

CONCEPTO	DICIEMBRE	DICIEMBRE	VARIACIÓN	
	2024	2023	NUMÉRICA	%
INGRESOS OPERACIONALES				
VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	151.724.998	145.098.314	6.626.685	4,57
DEVOLUCIONES, REBAJAS Y DTOS VENTA SERVICIOS	(303.445)	(1.395.116)	1.091.670	(78,25)
TOTAL INGRESOS OPERACIONALES	151.421.553	143.703.198	7.718.355	5,37
COSTO DE VENTAS	95.462.916	84.798.896	10.664.020	12,58
GASTOS OPERACIONALES	81.648.573	39.801.984	41.846.589	105,14
GASTOS DE VENTAS	5.823.201	6.327.569	(504.369)	(7,97)
EXCEDENTE O DEFICIT OPERACIONAL	(31.513.136)	12.774.749	(44.287.885)	(346,68)
TRANSFERENCIAS Y SUBVENCIONES	4.412.242	1.353.758	3.058.483	225,93
OTROS INGRESOS	24.936.646	4.549.268	20.387.379	448,15
TRANSFERENCIAS Y SUBVENCIONES	116.704	-	116.704	#¡DIV/0!
OTROS GASTOS	14.449.829	4.978.401	9.471.428	190,25
UTILIDAD O PERDIDA DEL EJERCICIO	(16.730.782)	13.699.373	(30.430.155)	(222,13)

INFORME ESTADO DE RESULTADO INTEGRAL COMPARATIVO



El total de los ingresos aumentaron el 5% aprox., por la mayor venta al ofrecer mayor portafolio de servicios, la venta de servicios de Salud corresponde a la facturación de los Centros y Puestos de salud de los municipios de Montañita, Unión Peneya, Morelia y del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. Se aplican tarifas basadas en el manual SOAT y de acuerdo a la negociación con cada ERP.

El total de gastos y costos aumento en 220% aprox. respecto al 2023. En Gastos la cuenta de Provisión de litigios y demandas presenta un significativo incremento del 1.168% aprox., por los ajustes realizados con base en el último informe de estado de demandas judiciales presentado por la oficina Jurídica del Hospital.

3.4. TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN

3.4.1. SISTEMAS INFORMATIVOS

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

Primer trimestre 2024: en este periodo se adquirió un servidor y 31 equipos de cómputo, con una inversión de \$317.016.000 millones de pesos.

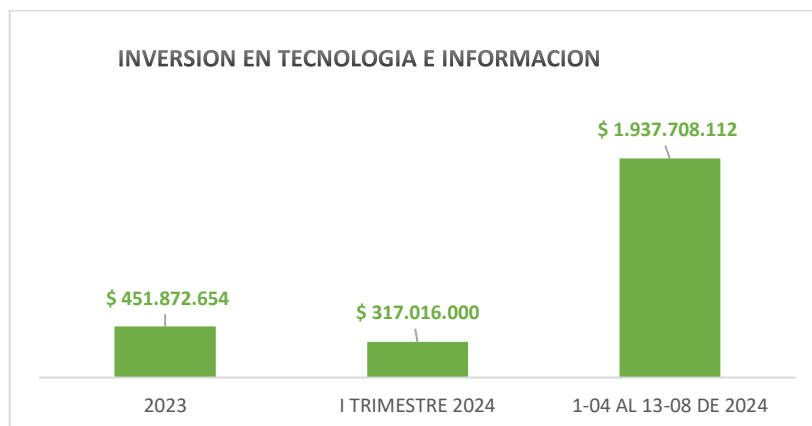
Durante el periodo del **1 de abril al 13 de agosto de 2024**, como parte de la estrategia de modernización tecnológica, se llevó a cabo un proceso integral de renovación de la infraestructura de tecnología e información en la institución. Esta renovación incluyó la actualización y unificación del

sistema de información **Dinámica Gerencial**, consolidando en una sola plataforma la gestión de la historia clínica, los procesos administrativos y la información financiera.

Intervención: Durante el periodo de la intervención al hospital, se realizaron diferentes solicitudes formales a la administración para la compra de elementos esenciales destinados a la realización de mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos de cómputo y la infraestructura de red. Estas solicitudes incluían la adquisición de repuestos, herramientas especializadas y otros insumos necesarios para garantizar el óptimo funcionamiento de los sistemas tecnológicos del hospital. Sin embargo, a pesar de la urgencia y la importancia de estas peticiones, no se recibió una respuesta positiva por parte de la administración, lo que generó un retraso significativo en la ejecución de los mantenimientos programados. Esta falta de atención a las necesidades técnicas incrementó el riesgo de fallos en los equipos, posibles interrupciones en los servicios críticos y, en general, una disminución en la eficiencia operativa del hospital. La situación puso en evidencia la necesidad de una gestión más ágil y comprometida por parte de los responsables en la toma de decisiones, con el fin de asegurar la continuidad y calidad de los servicios médicos y administrativos que dependen de estos recursos tecnológicos.

TABLA COMPARATIVA EN INVERSION EN TECNOLOGIA E INFORMACION
VIGENCIA 2023 – 2024

INVERSION EN TECNOLOGIA E INFORMACION	
AÑO	VALOR
2023	\$ 451.872.654
I TRIMESTRE 2024	\$ 317.016.000
1-04 AL 13-08 DE 2024	\$ 1.937.708.112



La gráfica muestra un aumento considerable en la inversión en tecnología e información, especialmente en el periodo del 1 de abril al 13 de agosto de

2024, lo que indica un enfoque más intensivo en el desarrollo y mantenimiento de la infraestructura tecnológica durante ese tiempo. Estos datos indican un aumento significativo en la inversión en tecnología e información para el periodo, reflejando un fuerte impulso en este ámbito.

3.4.1.3. Logros del proceso

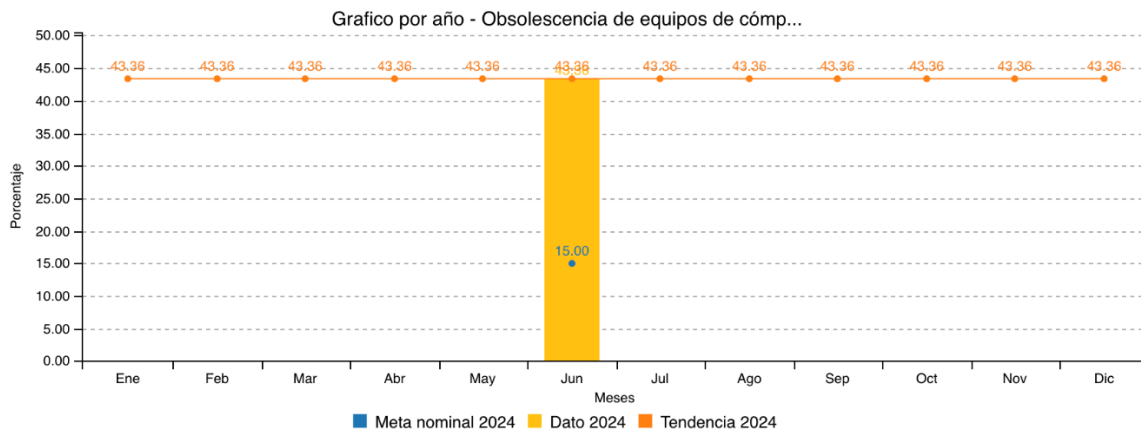
- **Renovación Tecnológica Implementada:** Para garantizar un funcionamiento eficiente y seguro del nuevo sistema de información, se adquirieron e implementaron los siguientes recursos tecnológicos:
 - **Un servidor** de alto rendimiento para almacenar y procesar datos con mayor eficiencia, asegurando la continuidad operativa y la seguridad de la información.
 - **Licencias de software y antivirus**, con el fin de garantizar la legalidad, estabilidad y seguridad de los sistemas utilizados.
 - **Un switch routing**, para mejorar la conectividad y la velocidad en la transmisión de datos dentro de la institución.
- **Actualización y Unificación del Sistema de Información:** La actualización del sistema **Dinámica Gerencial** permitió la integración de todos los procesos en una sola plataforma, logrando:
 - **Unificación de la historia clínica electrónica**, facilitando el acceso a la información de los pacientes de manera rápida y segura.
 - **Automatización de procesos administrativos y financieros**, mejorando la eficiencia en la gestión de recursos y en la toma de decisiones.
 - **Interoperabilidad entre áreas**, reduciendo tiempos de respuesta y optimizando la atención a los pacientes.

Inversión Realizada: Para la ejecución de este proceso de modernización, se realizó una inversión total de **\$1.937.708.112 millones de pesos**, asegurando la adquisición de tecnología de última generación y la actualización del sistema de información institucional.

3.4.1.4. Metas o indicadores

Los indicadores del proceso son:

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



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. Un equipo se considera obsoleto cuando ya no cumple con los requisitos técnicos necesarios para ejecutar las aplicaciones y procesos actuales de manera eficiente, o cuando su mantenimiento y soporte técnico son insostenibles.

El análisis actual revela que el 43% 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 15%. 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.

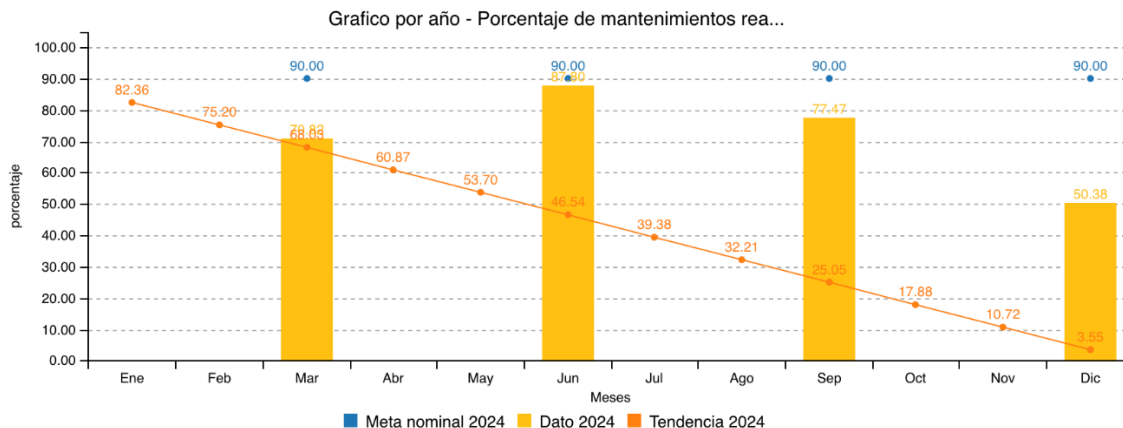
Impacto de la Obsolescencia:

- **Rendimiento:** Los equipos obsoletos tienden a ser más lentos y menos eficientes, lo que afecta directamente la productividad de los empleados.
- **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.
- **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 (43%) 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 15%. 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)



Este indicador mide el porcentaje de mantenimientos preventivos y correctivos realizados a los equipos de cómputo (PC, impresoras y scanners) en relación con el total de mantenimientos programados o requeridos. 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.

Actualmente, el indicador se encuentra en un 50%, lo que refleja que solo la mitad de los mantenimientos requeridos se han realizado. Este incumplimiento de la meta se debe principalmente a la falta de insumos necesarios para ejecutar los mantenimientos, a pesar de que se han solicitado repetidamente. Esta situación genera un impacto negativo en la operatividad de los equipos y, por ende, en la productividad de la organización.

Impacto del Incumplimiento:

- **Fallas Recurrentes:** La falta de mantenimiento preventivo aumenta la probabilidad de fallas en los equipos, lo que puede resultar en tiempos de inactividad y retrasos en las actividades críticas.
- **Reducción de la Vida Útil:** Los equipos que no reciben mantenimiento adecuado tienden a deteriorarse más rápidamente, lo que puede llevar a la necesidad de reemplazos prematuros y costosos.
- **Incremento de Costos:** Al no realizarse los mantenimientos preventivos, es más probable que se requieran reparaciones correctivas, que suelen ser más costosas y complejas.

- **Baja Productividad:** Los equipos en mal estado afectan directamente la eficiencia del personal, ya que pueden presentar lentitud, errores frecuentes o incluso dejar de funcionar por completo.

Causas Probables:

- **Falta de Insumos:** La principal causa del bajo cumplimiento del indicador es la falta de insumos necesarios para realizar los mantenimientos, como repuestos, herramientas especializadas o consumibles (toners, rodillos, etc.).
- **Demoras en la Compra:** Aunque se han realizado solicitudes de compra de los insumos requeridos, estas no han sido atendidas en el tiempo necesario, lo que ha impedido la ejecución de los mantenimientos.

El incumplimiento del indicador de mantenimientos realizados (50% frente a una meta del 90%) representa un riesgo significativo para la operatividad de los equipos y la productividad de la organización. La falta de insumos es el principal factor que impide alcanzar la meta, por lo que es crucial tomar medidas inmediatas para garantizar su disponibilidad. Alinear este indicador con la meta no solo reducirá costos y fallas, sino que también contribuirá a un entorno de trabajo más eficiente y productivo.

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:

- **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.
- **Falta de Recursos para Mantenimiento:**
 - La falta de insumos, repuestos y presupuesto para mantenimiento preventivo y correctivo dificulta la operatividad de los equipos.
 - **Impacto:** Aumento de tiempos de inactividad, costos de reparación y reducción de la vida útil de los equipos.
- **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.
- **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:

- **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.
- **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.
- **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.
- **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, la falta de recursos para mantenimiento 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 HDML.

3.4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL

3.4.2.1. Presentación

El proceso tiene el objetivo de optimizar la Gestión Documental y el manejo de las comunicaciones oficiales en el Hospital Departamental María Inmaculada mediante la implementación de herramientas, políticas y procedimientos que permitan cumplir con las disposiciones legales vigentes, garantizar el manejo adecuado de los documentos, y asegurar un acceso ágil a la información institucional.



3.4.2.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

- Ventanilla Única, proceso manual, cumplimiento mensual promedio del 95%
- Plan de mejora Archivo General de la Nación, cumplimiento 92%
- Convalidación Tablas de Valoración Documental, cumplimiento 92%
- Aplicación Programa de Gestión Documental, cumplimiento 70%

3.4.2.3. Logros del proceso

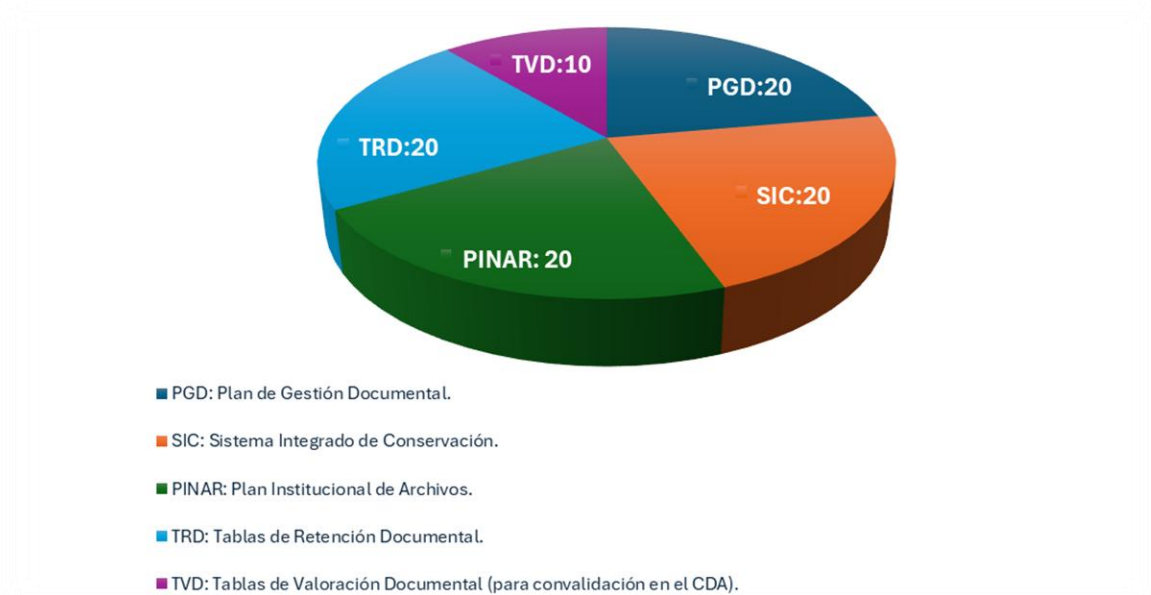
- Minimización de riesgos
- Avance significativo al plan de mejora del Archivo General de la Nación
- Presentación ajustes al Consejo Departamental de Archivos (CDA)
- Seguimiento y evaluación Programa de Gestión Documental
- Actualización de formatos con el respectivo instructivo.
- Asesoría y capacitación personal Centro de Salud la Montañita y Morelia
- Cumplimiento programas de fumigación y desinfección
- Recuperación de historias clínicas (limpieza documental)

3.4.2.4. Metas o indicadores

Indicadores

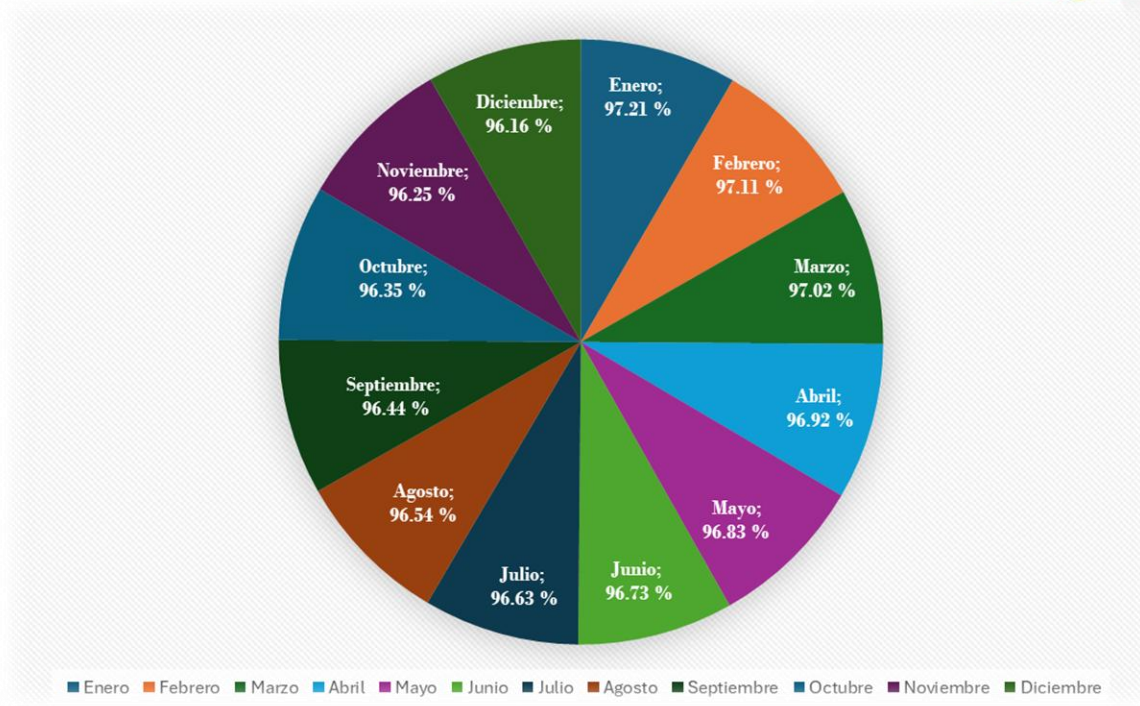
Cumplimiento a la Normatividad Archivística

El cumplimiento de este indicador se encuentra en un 90%, falta la convalidación de las Tablas de Valoración documental.



Oportunidad de Respuesta a las Comunicaciones Oficiales Recibidas en Ventanilla Única

El cumplimiento de este indicador se encuentra en un 96%, medición mensual, datos reporte de ventanilla única.



3.4.2.5. Retos y oportunidades de mejora

- Se requiere de un escáner funcional que permita la digitalización efectiva de los documentos, indispensable para implementar la TVD y fortalecer el acceso a los archivos.
- Cambio de equipos de cómputo, los disponibles están obsoletos, lo que limita la eficiencia en la gestión documental y el uso de herramientas tecnológicas modernas.
- Convalidación Tablas de Valoración Documental
- Implementar el programa de ventanilla única, para mitigar riesgos
- Adecuación del archivo externo
- Actualización de los Instrumentos Archivísticos

3.5. GESTIÓN JURÍDICA

3.5.1. Presentación

El Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. ha consolidado una estrategia efectiva para la gestión de los procesos judiciales, fortaleciendo la defensa de los intereses institucionales, La evaluación de Litigiosidad, la reducción en la notificación de demandas y la correcta administración de los procesos activos reflejan el compromiso de la entidad con la mitigación

del riesgo jurídico y la mejora en la calidad de la prestación de servicios de salud.

3.5.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

1. SOBRE LA DEFENSA JUDICIAL

• LITIGIOSIDAD EN SEDE DE CONCILIACIÓN PREJUDICIAL:

1. VIGENCIA	2. ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA Y OTROS
3. 2023	4. 14
5. 2024	6. 7

VIGENCIA 2023	VIGENCIA 2024
REPARACIÓN DIRECTA: 10	REPARACIÓN DIRECTA: 3
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO: 2	NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO: 4
CONTROVERCIAS CONTRACTUALES: 2	CONTROVERCIAS CONTRACTUALES: 0

En el gráfico anterior se presenta el recuento total de solicitudes presentadas ante la entidad en sede prejudicial han disminuido significativamente. Se destaca que el medio de control más recurrente dirigido hacia la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, en calidad de extremo pasivo – Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E para la vigencia 2024, es la Nulidad y Restablecimiento del Derecho.

• LITIGIOSIDAD EN DEMANDAS NOTIFICADAS A LA ENTIDAD VIGENCIA 2024:

7. VIGENCIA	8. ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA Y OTROS
9. 2023	10. 17
11. 2024	12. 11

VIGENCIA 2023	VIGENCIA 2024
REPARACIÓN DIRECTA: 14	REPARACIÓN DIRECTA: 9
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO: 2	NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO: 1
ORDINARIO LABORAL: 2	EXTRAORDINARIO DE REVISIÓN: 1

Durante la vigencia 2024, las demandas notificadas en contra del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. han disminuido, lo cual refleja un avance significativo en la gestión del riesgo jurídico y en la calidad de la prestación de los servicios de salud. Dentro de las acciones judiciales presentadas, se mantiene como predominante el medio de control de

Reparación Directa, lo cual resulta coherente al tratarse de una entidad que presta servicios de salud, tal como se indicó anteriormente; en tanto que, cuando un usuario considera que hubo un error en la prestación de servicios médicos, recurre a este mecanismo judicial.

Cabe destacar que el apoyo del Médico General de la Oficina Asesora Jurídica y del Subgerente Científico ha generado resultados positivos en el Análisis Técnico de las demandas en las que el Hospital se encuentra vinculado, lo que se ha traducido en decisiones favorables para la entidad. Adicionalmente, la contratación de peritos médicos, siempre que sea requerida y autorizada por el Comité de Conciliación y Defensa Judicial y la Gerencia, ha fortalecido de manera significativa la efectividad de la defensa jurídica.

Puede afirmarse que la defensa judicial del Hospital Departamental María Inmaculada se ha mantenido efectiva, gracias al compromiso del equipo de abogados que conforman el grupo de Defensa Judicial y al respaldo institucional recibido, lo que, a su vez, ha contribuido a la disminución de las demandas y a la protección de los intereses de la entidad.

2. NÚMERO DE PROCESOS ACTIVOS VIGENCIA 2024

• NÚMERO DE PROCESOS ACTIVOS SEGÚN MEDIO DEL CONTROL: 280

MEDIO DE CONTROL	
REPARACIÓN DIRECTA	185
EJECUTIVOS	51
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	32
ACCIÓN DE REPETICIÓN	5
LABORALES	3
RESPONDABILIDAD CONTRACTUAL	CIVIL 2
CONTROVERSIA CONTRACTUAL	1
EJECUTIVO CONTRACTUAL	1

Durante la vigencia 2024, el Hospital registra un total de 280 procesos judiciales activos, donde se observa que el medio de control predominante es la Reparación Directa, con 185 procesos, lo que representa aproximadamente el 66% del total.

Esto es coherente con la naturaleza de la entidad, considerando que la mayoría de las reclamaciones están relacionadas con presuntas fallas en la prestación de servicios médicos.

Le siguen los procesos ejecutivos (51 casos) que corresponden a cobros coactivos derivados principalmente de obligaciones contractuales o pagos pendientes. Asimismo, existen 32 procesos de Nulidad y Restablecimiento del

Derecho, relacionados mayormente con reclamaciones laborales y prestacionales por parte de ex trabajadores o contratistas.

Los demás medios de control presentan una incidencia baja, como es el caso de las Acciones de Repetición (5 casos), procesos laborales (3 casos), Responsabilidad Civil Contractual (2 casos), Controversia Contractual (1 caso) y Ejecutivo Contractual (1 caso).

- **PROCESOS TERMINADOS SEGÚN MEDIO DEL CONTROL: 32**

MEDIO DE CONTROL	
REPARACIÓN DIRECTA	14
EJECUTIVOS	5
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	8
ACCIÓN DE REPETICIÓN	3
LABORALES	1
NULIDAD ELECTORAL	1

Respecto a los procesos finalizados durante la vigencia, se reportan 32 procesos concluidos, lo que refleja un avance positivo en la depuración del inventario judicial. Aquí nuevamente la Reparación Directa encabeza la lista con 14 procesos terminados, seguida de Nulidad y Restablecimiento del Derecho (8 procesos) y Ejecutivos (5 procesos). Resulta relevante destacar que se logró cerrar 3 Acciones de Repetición y 1 proceso laboral, además de un caso de Nulidad Electoral, lo que indica que, aunque estos medios de control son menos frecuentes, también se está gestionando activamente su resolución.

- **PROCESOS ADELANTADOS SEGÚN MEDIO DE CONTROL: 53**

MEDIO DE CONTROL	
REPARACION DIRECTA	2
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	3
EJECUTIVO	45
REPETICIÓN	3

En cuanto a los procesos donde el Hospital actúa como demandante para la defensa de sus intereses, se cuenta con 53 procesos activos. La mayoría corresponde a procesos Ejecutivos (45 casos), lo cual evidencia el esfuerzo institucional por recuperar cartera y garantizar la sostenibilidad financiera de la entidad.

Además, se adelantan 3 procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho y 3 Acciones de Repetición, encaminadas a obtener el resarcimiento económico por parte de servidores públicos o contratistas responsables de los daños ocasionados al Hospital. Finalmente, se reportan

2 procesos de Reparación Directa, en los que el Hospital busca la indemnización por perjuicios sufridos.

El análisis de las tablas permite concluir que durante la vigencia 2024:

- *El mayor volumen de procesos activos corresponde a Reparación Directa, derivado del riesgo propio de la actividad médica.*
- *Se evidencia una gestión procesal activa con resultados favorables al lograr la terminación de 32 procesos.*
- *Destaca el esfuerzo del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E por la defensa de sus intereses mediante la promoción de procesos ejecutivos y de repetición, lo que refleja una estrategia encaminada a la recuperación de recursos y la protección del patrimonio institucional.*

3. NIVEL DE RIESGO DE LOS PROCESOS EN CONTRA DEL HDMI

NIVEL DE RIESGO	CANTIDAD
ALTO	47
MEDIO	9
MEDIO ALTO	29
MEDIO BAJO	64
BAJO	131
TOTAL:	280

De acuerdo con la clasificación realizada, del total de **280 procesos activos**, se observa la siguiente distribución según su nivel de riesgo:

13. NIVEL DE RIESGO	14. CANTIDAD DE PROCESOS	15. PORCENTAJE APROXIMADO
16. ALTO	17. 47	18. 17%
19. MEDIO ALTO	20. 29	21. 10%
22. MEDIO	23. 9	24. 3%
25. MEDIO BAJO	26. 64	27. 23%
28. BAJO	29. 131	30. 47%
31. TOTAL	32. 280	33. 100%

ANÁLISIS.

• **PREDOMINIO DE PROCESOS DE BAJO RIESGO:**

Casi la mitad de los procesos activos (47%, equivalentes a 131 procesos) han sido valorados como de bajo riesgo, lo que sugiere que estos casos tienen una baja probabilidad de generar condenas significativas o afectar de manera relevante los intereses patrimoniales del Hospital.

- **BAJO PORCENTAJE DE RIESGO CRÍTICO:**

Los procesos clasificados como de alto riesgo representan un 17% del total (47 procesos). Estos casos son los que potencialmente podrían generar condenas elevadas o impactos negativos importantes, por lo que requieren especial atención y seguimiento prioritario desde el equipo jurídico y técnico.

- **RIESGO MEDIO CONTROLADO:**

Los procesos que se encuentran en niveles medio alto y medio suman 38 casos (14% del total), lo que refleja que existe un grupo considerable de procesos con riesgos moderados, que deben ser monitoreados constantemente para evitar que escalen hacia mayores contingencias.

- **IMPORTANTE NÚMERO DE PROCESOS EN NIVEL MEDIO BAJO:**

Se destaca que 64 procesos (23%) están clasificados como de riesgo medio bajo, lo que indica que, aunque no se consideran críticos, sí requieren una gestión activa de la defensa judicial para evitar complicaciones.

El panorama del nivel de riesgo de los procesos judiciales del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E muestra un escenario controlado, dado que cerca del 70% de los procesos (195 casos) están valorados en niveles de bajo a medio bajo riesgo, sin embargo, la existencia de 47 procesos de alto riesgo demanda una gestión estratégica y prioritaria para mitigar eventuales impactos económicos y reputacionales.

Es fundamental continuar con:

- El acompañamiento técnico médico-legal en estos procesos.
- La formulación de estrategias defensivas efectivas.
- El monitoreo periódico de los casos críticos.
- La actualización de las valoraciones de riesgo conforme avanza los procesos.

4. PROCESOS CON SENTENCIA

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

NUMERO DE SENTENCIAS	FAVORABLE	DESFAVORABLE
	84	45

SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA

NUMERO DE SENTENCIAS	FAVORABLE	DESFAVORABLE
	26	21

Se observa que en primera instancia la mayoría de los fallos continúan siendo favorables para el Hospital (65%), aunque con una proporción importante de sentencias desfavorables (35%), lo que indica un aumento del riesgo en esta etapa procesal frente a períodos anteriores.

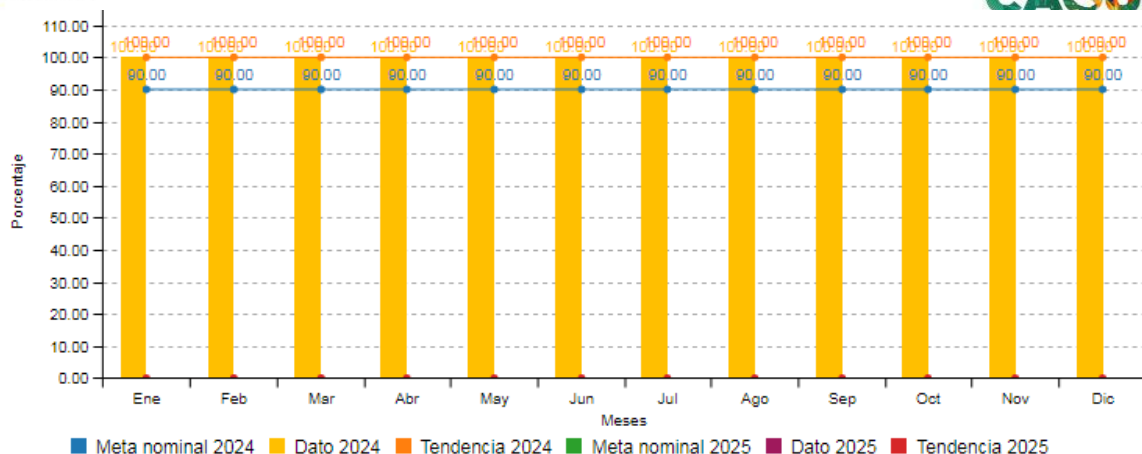
- *En segunda instancia, los resultados son más ajustados, con un 54% de sentencias favorables y un 46% desfavorables, lo que refleja que cerca de la mitad de los procesos apelados no logran revertirse a favor de la entidad, aumentando el impacto jurídico y financiero.*
- *Estos datos evidencian la necesidad de reforzar la estrategia de defensa, principalmente en los procesos que avanzan a segunda instancia, donde los fallos adversos han tenido un comportamiento significativo.*

3.5.3. Logros del proceso

- **REDUCCIÓN EN LA LITIGIOSIDAD:** Se han disminuido tanto las solicitudes en sede prejudicial como las demandas notificadas.
- **FORTALECIMIENTO DE LA DEFENSA JUDICIAL:** La participación del equipo jurídico, junto con el apoyo del Médico General de la Oficina Asesora Jurídica y del Subgerente Científico, ha generado resultados positivos en la resolución de demandas, especialmente en procesos de Reparación Directa. Se han logrado fallos favorables y estratégicas en beneficio del Hospital.
- **ESTRATEGIA EFECTIVA DE RECUPERACIÓN DE CARTERA:** Se han impulsado procesos ejecutivos y de repetición para garantizar la estabilidad financiera del Hospital, la gestión activa de cobro ha permitido la recuperación de montos significativos, mejorando el flujo de caja institucional.
- **OPTIMIZACIÓN EN LA GESTIÓN DEL RIESGO:** Se ha logrado controlar la mayoría de los procesos, manteniendo un bajo porcentaje de litigios de alto riesgo. Además, se ha implementado un sistema de monitoreo permanente para la toma de decisiones oportunas.
- **IMPLEMENTACIÓN DE PERITAJES MÉDICO-LEGALES:** La contratación de peritos ha fortalecido la defensa técnica en casos de responsabilidad médica, permitiendo argumentaciones más sólidas en instancias judiciales y evitando condenas onerosas para la entidad.
- **CAPACITACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL EQUIPO JURÍDICO:** Se han desarrollado jornadas de formación en normatividad, jurisprudencia y estrategias de defensa judicial, lo que ha optimizado la calidad de la representación legal del Hospital.

3.5.4. Metas o indicadores

EFICACIA EN LA CONTESTACIÓN DE DEMANDAS JUDICIALES



El Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. ha demostrado un cumplimiento del 100% en la contestación de demandas dentro de los términos legales, lo que refleja una gestión eficiente y oportuna de los procesos judiciales.

Todas las demandas notificadas fueron atendidas en el tiempo establecido, evitando posibles consecuencias procesales adversas.

Comportamiento mensual del indicador

- **Frecuencia de demandas:** Se observa una variabilidad en la cantidad de demandas recibidas. Durante los meses de marzo, mayo, julio, agosto y noviembre, no se reportaron demandas notificadas al Hospital.
- **Contestaciones en meses activos:** En los meses en que se notificaron demandas (enero, febrero, abril, junio, septiembre y octubre), se garantizó la respuesta dentro de los términos legales.
- **Periodo sin contestaciones:** La ausencia de contestaciones en algunos meses no indica ineficiencia en la gestión jurídica, sino una reducción en la Litigiosidad contra la entidad.

Tipología de demandas contestadas

- **Reparación directa:** La mayoría de las contestaciones correspondieron a este medio de control, lo que reafirma la importancia de fortalecer la defensa en casos de presunta falla en la prestación del servicio médico.
- **Nulidad y restablecimiento del derecho:** Se atendieron demandas bajo este medio de control, lo que indica la necesidad de monitorear los riesgos relacionados con decisiones administrativas.

Impacto en la gestión del Riesgo Jurídico

- **Reducción del riesgo:** La contestación oportuna de demandas evita la declaratoria de situaciones de contumacia y protege los intereses del Hospital.

- **Control de la litigiosidad:** La disminución de demandas notificadas en comparación con años anteriores puede atribuirse a estrategias preventivas y conciliaciones tempranas.

3.5.5. Retos y oportunidades de mejora

- **Manejo de procesos de alto riesgo:** Se requiere un seguimiento constante a los 47 casos clasificados como de mayor impacto, aplicando estrategias de defensa especializadas, incorporando análisis de precedentes y jurisprudencia relevante, y anticipando posibles escenarios adversos.
- **Mejoras en la conciliación prejudicial:** Se deben fortalecer estrategias para la resolución temprana de conflictos y evitar litigios innecesarios, promoviendo acuerdos favorables para la entidad mediante la implementación de mecanismos de negociación más eficientes y la participación activa de peritos y mediadores.
- **Asegurar recursos para la defensa judicial:** Se debe garantizar el presupuesto necesario para la contratación de peritos, la realización de estudios técnicos especializados y el fortalecimiento del equipo jurídico, asegurando su capacitación continua en estrategias de litigación avanzada.
- **Estrategias de prevención de litigios:** Es clave implementar programas de capacitación al personal del Hospital sobre la minimización de riesgos legales en la prestación del servicio, incluyendo protocolos de atención al paciente, documentación clínica adecuada y herramientas de identificación temprana de posibles riesgos legales.
- **Monitoreo y actualización constante del nivel de riesgo:** Es necesario mantener un seguimiento riguroso y actualizar periódicamente la clasificación de los procesos con base en análisis de impacto financiero, precedentes judiciales y la evolución normativa, para tomar decisiones informadas y estratégicas.
- **Gestión proactiva del riesgo jurídico:** Se debe continuar con la identificación y mitigación de factores que puedan derivar en nuevas demandas, estableciendo mecanismos de alerta temprana, evaluaciones periódicas de la exposición legal del Hospital y una mayor articulación con las áreas operativas para la identificación de posibles riesgos en la prestación del servicio.

3.5.6. GESTIÓN JURÍDICA – CONTRATACIÓN

3.5.6.1. 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.

3.5.6.2. Seguimiento a las actividades desarrolladas

SOBRE LA CONTRATACION REALIZADA VIGENCIA 2024

PERIODO DEL 01 ENERO AL 31 DE MARZO DEL 2024:

Para el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de marzo de la vigencia 2024 se celebraron un total de 822 contratos de los cuales 18 fueron

MODALIDAD CONTRACTUAL	TIPO DE CONTRATO	CONTRATOS SUSCRITOS 01/01/2024 AL 31/03/2024	VALOR TOTAL EJECUTADO
CONTRATACION DIRECTA	PRESTACION DE SERVICIOS	761	\$ 23.417.786.863
	COMPRAVENTA	3	\$ 540.651.510
	SUMINISTRO	25	\$ 5.576.054.983
	ARRENDAMIENTO	3	\$ 90.245.843
	MANTENIMIENTO	7	\$ 236.119.375
	OBRA	2	\$ 815.817.046
	ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	2	\$ 57.834.073
	INTERVENTORIA	1	\$ 16.328.834
	CONSULTORIA	0	\$ -
	ANULADO	18	
	TOTAL	822	\$ 30.750.838.527

anulados, tal como se puede evidenciar en la siguiente tabla:

PERIODO DEL 01 ABRIL AL 13 DE AGOSTO DEL 2024

Para el periodo comprendido entre el 01 de abril al 13 de agosto de la vigencia 2024 se suscribieron 784 contratos de los cuales 11 fueron anulados, tal como se puede evidenciar en la siguiente tabla:

MODALIDAD CONTRACTUAL	TIPO DE CONTRATO	CONTRATOS SUSCRITOS 01/04/2024 AL 13/08/24	VALOR TOTAL EJECUTADO
CONTRATACION DIRECTA	PRESTACION DE SERVICIOS	739	\$ 22.053.098.643
	COMPRAVENTA	4	\$ 1.566.369.082

	SUMINISTRO	17	\$ 4.596.642.857
	ARRENDAMIENTO	2	\$ 102.763.435
	MANTENIMIENTO	7	\$ 654.031.430
	OBRA	2	\$ 340.181.556
	ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	1	\$ 5.853.610
	INTERVENTORIA	0	\$ -
	CONSULTORIA	1	\$ 214.200.000
	ANULADO	11	
	TOTAL	784	\$ 29.533.140.613

En relación con la anterior tabla nos permitimos manifestar que tanto el número de contratos y valor se debió principalmente a la necesidad que surgió debido a los daños generados en el tomógrafo, lo cual conllevó a fortalecer y comprar los insumos necesarios para su reparación, así mismo, se tuvo que fortalecer el área de facturación, cartera y auditoria con el fin de detectar las falencias y así poder recaudar la cartera adeudada, 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.

De igual forma, se realizaron 3 procesos de convocatorias públicas, cuyo objeto fue la **CONSTRUCCION, REMODELACION Y ADECUACION DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE DEL MUNICIPIO DE FLORENCIA CAQUETA**, y **REALIZAR LA INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y JURIDICA AL CONTRATO DE OBRA QUE TIENE POR OBJETO: CONSTRUCCION, REMODELACION Y ADECUACION DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE DEL MUNICIPIO DE FLORENCIA CAQUETA**, los cuales me permito relacionar a continuación:

MODALIDAD CONTRACTUAL	NUMERO DE CONVOCATORIA	OBJETO	VALOR TOTAL EJECUTADO	ESTADO
	1	CONSTRUCCION, REMODELACION Y ADECUACION DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE DEL MUNICIPIO DE FLORENCIA CAQUETA.	\$85.651.227.676	DESIERTA

CONVOCATORIAS PUBLICAS 2024	2	CONSTRUCCION, REMODELACION Y ADECUACION DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE DEL MUNICIPIO DE FLORENCIA CAQUETA.	\$85.651.227.676	ADJUDICADA
	3	REALIZAR LA INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y JURIDICA AL CONTRATO DE OBRA QUE TIENE POR OBJETO: CONSTRUCCION, REMODELACION Y ADECUACION DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE DEL MUNICIPIO DE FLORENCIA CAQUETA.	\$3.575.739.258	DESIERTA

PERIODO DEL 14 DE AGOSTO AL 19 DE DICIEMBRE DEL 2024

Para el periodo comprendido entre el 14 de agosto al 19 de diciembre de la vigencia 2024 el hospital departamental maría inmaculada fue intervenida por la Superintendencia de Salud los cuales suscribieron 669 contratos de los cuales 23 fueron anulados, tal como se puede evidenciar en la siguiente tabla:

MODALIDAD CONTRACTUAL	TIPO DE CONTRATO	CONTRATOS SUSCRITOS 14/08/2024 AL 19/12/24	VALOR TOTAL EJECUTADO
CONTRATACION DIRECTA	PRESTACION DE SERVICIOS	618	\$ 8.567.441.208
	COMPRAVENTA	0	\$ -
	SUMINISTRO	26	\$ 8.284.452.021
	ARRENDAMIENTO	0	\$ -
	MANTENIMIENTO	0	\$ -
	OBRA	0	\$ -
	ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	2	\$ 3.260.600
	INTERVENTORIA	0	\$ -
	CONSULTORIA	0	\$ -
	ANULADO	23	
	TOTAL	669	\$ 16.855.153.829

En relación con la anterior tabla nos permitimos manifestar que solo se celebraron contratos de prestación de servicios, suministros y ordenes de prestación de servicios, debido que se realizaron auditorías internas con asesores cuyo incremento en honorarios fue mayor al 50% del histórico contratado.

De igual forma, se realizó una suspensión de términos a la convocatoria No. 02 la cual se encontraba adjudicada, cuyo objeto es **CONSTRUCCION, REMODELACION Y ADECUACION DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE DEL MUNICIPIO DE FLORENCIA CAQUETA**. Y se realizó la convocatoria No. 04 cuyo objeto es **REALIZAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y JURÍDICA AL CONTRATO DE OBRA QUE TIENE POR OBJETO: CONSTRUCCIÓN, REMODELACIÓN Y ADECUACIÓN DEL HOSPITAL MARÍA INMACULADA E.S.E DEL MUNICIPIO DE FLORENCIA CAQUETÁ.**, los cuales me permito relacionar a continuación:

MODALIDAD CONTRACTUAL	NUMERO DE CONVOCATORIA	OBJETO	VALOR TOTAL EJECUTADO	ESTADO
CONVOCATORIAS PUBLICAS 2024	4	REALIZAR LA INTERVEN TORÍA TÉCNICA, ADMINIST RATIVA, FINANCIE RA Y JURÍDICA AL CONTRAT O DE OBRA QUE TIENE POR OBJETO: CONSTRU CCIÓN, REMODEL ACIÓN Y ADECUA CIÓN DEL HOSPITAL MARÍA INMACUL	\$ 3.575.739.258	INTERVE NTORIA - ADJUDIC ACION

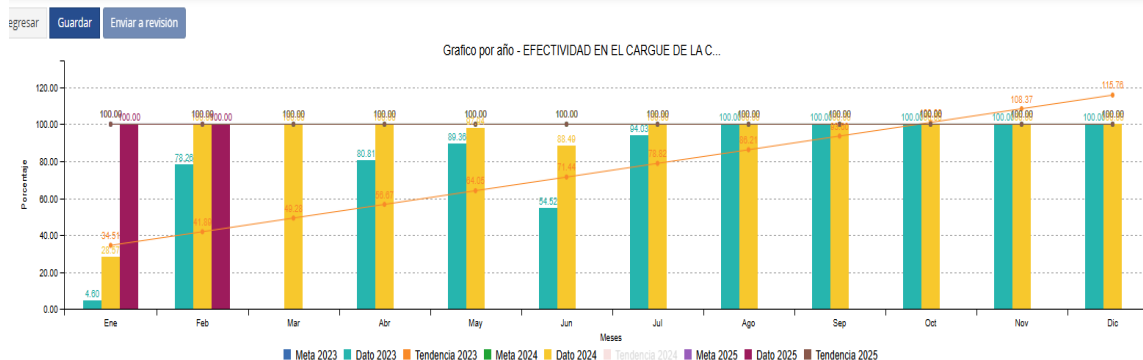
		ADA E.S.E DEL MUNICIPI O DE FLORENCI A CAQUETÁ		
--	--	--	--	--

3.5.6.3. Logros del proceso

- **Reducción en la anulación de contratos:** Se han disminuido el número de procesos contractuales para la vigencia 2024.
- **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 un bajo porcentaje de anulaciones y cumpliendo lo términos efectivos del cargue en las diferentes plataformas de contratación.

3.5.6.4. 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.**



Este indicador consiste en analizar la efectividad del proceso de contratación, en relación con medir el cumplimiento del reporte de la contratación a la Plataforma de COLOMBIA COMPRA EFICIENTE SECOP, dentro de los tiempos establecidos; indicador frente al cual se evidencia en la plataforma DARUMA que hay más del 90% de cumplimiento.

3.5.6.5. Retos y oportunidades de mejora

- **Mejora en el procedimiento contractual:** Se debe fortalecer el procedimiento contractual de la institución con el fin de mejorar la efectividad en el cumplimiento de la suscripción de contratos y cargue en las plataformas. Es importante resaltar que, pese a que esta área es la encargada de adelantar los procesos contractuales tanto de persona natural como de persona jurídica, en la vigencia 2024 no todos los procesos de persona jurídica ni convocatorias públicas realizadas, fueron adelantados en esta área.
- **Reinducción 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

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 2024 así:

Quejas disciplinarias recibidas en el año 2024

VIGENCIA	PERSONAL ASISTENCIAL	PERSONAL ADMINISTRATIVO	TOTAL
2024	29	58	87
TOTAL			87

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 2024 se abrieron 46 procesos disciplinarios así:

VIGENCIA	INDAGACIÓN PREVIA	INVESTIGACIÓN DISCIPLINARIA	TOTAL
2024	38	8	46
TOTAL			46

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

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".

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 adaptó 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 23 de octubre del año 2023 se aprobó la actualización de formatos internos de la dependencia.

Pliegos de cargos remitidos a la Oficina Jurídica 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 2024 se remitieron 11 procesos disciplinarios para etapa de juzgamiento a la oficina jurídica de la entidad.

NO.	EXPEDIENTE	INVESTIGADO
1.	R23-405	ADRIAN STEVEN VALENCIA PULIDO
2.	R23-488	ENERIED PUENTES SUAREZ
3.	R23-415	OSCAR FABIAN FARFAN VARON
4.	R22-379	ENERIED PUENTES SUAREZ Y DINA NAIDU ROJAS
5.	R22-392	MARITZA MUÑOZ RAMOS
6.	R22-394	MARITZA MUÑOZ RAMOS

7.	R22-393	MARIA ROCIO GONZALEZ CASTAÑO
8.	R23-397	JHON FREDY MURCIA RENTERIA, ALBA LUCIA CARVAJAL Y WILLIAM RODRIGUEZ
9.	R23-399	ADRIAN STEVEN VALENCIA PULIDO
10.	R23-416	PAULA ANDREA ARTEAGA
11.	R34-470	LUIS FERNANDO BONILLA RAMOS

Procesos disciplinarios activos a diciembre de 2024

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
2024	38	13
TOTAL	51	

Es de manifestar que al 31 de diciembre del año 2024 se encontraban activos un total de 51 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 87 quejas, de las cuales 46 eran de competencia de la Oficina de Control interno disciplinario, sin embargo, todas las 87 quejas fueron resueltas y se les dio el correspondiente tramite 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 2024 un total de 51 procesos disciplinarios.

De igual forma, 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 2024 se realizaron 10 capacitaciones en diferentes áreas del Hospital María Inmaculada tales como OFICINA DE CONTROL INTERNO, URGENCIAS, UNIDAD MENTAL, UCI ADULTOS, IMAGENOLOGIA E INTERNACIÓN I.

3.6.4. Metas e indicadores

La oficina cuenta con un único indicador "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 2024 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



ESTADÍSTICAS

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.

BITACORA DE VALORES CAPTURADOS

PARETO DE FALLAS COMUNES

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.

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 2023
- 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
- 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 SUI
- 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
- 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

- Aplicar y evaluar los controles establecidos para prevenir los riesgos, recomendando acciones preventivas para evitar su materialización.

- 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.