



PLAN OPERATIVO ANUAL 2026 SEGUIMIENTO II TRIMESTRE

¡Luchando por tu **Salud!**

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

Contenido

PRESENTACIÓN	3
1. COMPONENTE ESTRATÉGICO	5
1.1. MISIÓN	5
1.2. VISIÓN	5
2. VALORES	6
3. PRINCIPIOS	7
4. POLÍTICAS INSTITUCIONALES	8
4.1. POLÍTICA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	8
5. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	9
6. POA 2026	10
6.1. EJECUCIÓN II TRIMESTRE 2026	10
7. CONSOLIDADO POA A JUNIO 2026	99

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

PRESENTACIÓN

En el marco de la planeación estratégica institucional, el Plan Operativo Anual (POA) 2026 constituye la hoja de ruta que traduce, para la vigencia corriente, los diecisiete objetivos estratégicos definidos en el Plan de Desarrollo 2025-2028 del Hospital Departamental María Inmaculada ESE (HDMI) —estructurados en las cinco perspectivas del Cuadro de Mando Integral: Aprendizaje y desarrollo, responsabilidad social y corporativa, procesos internos, clientes y financiera—. De este modo, el POA 2026 articula las metas plurianuales con el presupuesto del año, priorizando programas y proyectos que facilitan el cumplimiento de la misión institucional de ofrecer servicios de salud seguros, humanizados y financieramente sostenibles.

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

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

Para la vigencia 2026 se destacan, entre otras, las siguientes prioridades operativas:

- Formulación y gestión de proyectos de inversión que fortalezcan la calidad en el servicio.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

- Gestión del talento humano orientada a la formalización laboral y al desarrollo de competencias para la atención humanizada.
- Estrategias de sostenibilidad financiera centradas en la optimización de costos, la diversificación de fuentes de ingreso y la negociación con las EAPB.

El documento se estructura en los siguientes apartados: (1) Presentación; (2) Componente estratégico; (3) Valores; (4) Principios; (5) Políticas institucionales; (6) Objetivos estratégicos; y (7) Matriz del POA 2026, donde se detalla el seguimiento, indicadores, metas, responsables, cronogramas y fuentes de financiación. Al cierre del ejercicio, la Oficina de Planeación consolidará el Informe de Seguimiento y Evaluación, con base en el tablero de control institucional, para retroalimentar la toma de decisiones y asegurar la mejora continua.

En síntesis, el POA 2026 plasma el compromiso de la alta dirección y de cada proceso misional y de apoyo con la excelencia clínica, la eficiencia administrativa y la responsabilidad social, avanzando de manera decidida hacia la visión 2030 de convertirse en una Empresa Social del Estado de alta complejidad, líder regional en atención segura y humanizada.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

1. COMPONENTE ESTRATÉGICO

1.1. MISIÓN

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

1.2. VISIÓN

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

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

2. VALORES

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

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

3. PRINCIPIOS

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

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

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

4. POLÍTICAS INSTITUCIONALES

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

4.1. POLÍTICA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

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

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

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

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

5. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS



Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

6. POA 2026

6.1. EJECUCIÓN II TRIMESTRE 2026

Perspectiva Financiera

Políticas

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

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
Optimizar la gestión de costos e ingresos	Maximizar la productividad de la capacidad instalada, para fortalecer la gestión contractual y financiera en la institución.	1. Informe sobre servicios hospitalarios que identifique y cuantifique estancias no pertinentes, acompañado de estrategias correctivas. 2. Evaluación de cancelaciones quirúrgicas y tiempos muertos en salas de cirugía, con diagnóstico de causas y plan de optimización. 3. Reporte estadístico y de producción por unidad funcional, con datos estructurados para la toma de decisiones.	Porcentaje ocupacional en urgencias	N/A	90	Profesional Universitaria de Gestión de Urgencias y Obstetricia	228,65	225,29	226,97	0%	ABRIL: Durante el mes de ABRIL, el porcentaje de ocupación del servicio de urgencias fue del 223 %, lo que representa una disminución del 22 % en comparación con el mes anterior 249% ; por lo tanto, no se cumplió la meta nominal establecida del 90 %. La marcada sobreocupación se debe en gran medida, al cierre de servicios de urgencias en otras instituciones de salud, asociado a dificultades financieras, retrasos en los pagos por parte de las EPS y la no dispensación oportuna de medicamentos. Esta situación ha generado baja resolutivez en la atención de diversas patologías y descompensación de enfermedades crónicas, ocasionando un mayor flujo de pacientes hacia esta institución. Adicionalmente, es importante resaltar que el hospital funciona como centro público de referencia del departamento, por lo que los diferentes municipios remiten pacientes que requieren atención en niveles superiores de complejidad. Como consecuencia de lo anterior, la capacidad instalada se ha visto superada, excediendo la disponibilidad de camas en los diferentes servicios de hospitalización, lo que genera que pacientes con orden de hospitalización permanezcan en el servicio de urgencias a la espera de cama. A esta situación se suma un mayor flujo de pacientes críticos, incrementando la sobreocupación y la sobreocupación en el servicio de urgencias. De manera permanente se continúa implementando la estrategia de altas tempranas de pacientes para PHD o contra remisión, con el objetivo de optimizar el giro cama y mejorar la disponibilidad de camas hospitalarias; sin embargo, esta medida resulta insuficiente frente a la alta demanda de atención que actualmente presenta el servicio. MAYO: Durante el mes de MAYO, el porcentaje de ocupación del servicio de urgencias fue del 222 %, lo que representa una disminución del 1.4 % en comparación con el mes anterior 223.7% ; por lo tanto, no se cumplió la meta nominal establecida del 90%. La marcada sobreocupación se debe en gran medida, al cierre de servicios de urgencias en otras instituciones de salud, asociado a dificultades financieras, retrasos en los pagos por parte de las EPS y la no dispensación oportuna de medicamentos. Esta situación ha generado baja resolutivez en la atención de diversas patologías y descompensación de enfermedades crónicas, ocasionando un mayor flujo de pacientes hacia esta institución. Adicionalmente, es importante resaltar que el hospital funciona como centro público de referencia del departamento, por lo que los diferentes municipios remiten pacientes que requieren atención en niveles superiores de complejidad. Como consecuencia de lo anterior, la capacidad instalada se ha visto superada, excediendo la disponibilidad de camas en los diferentes servicios de hospitalización, lo que genera que pacientes con orden de hospitalización permanezcan en el servicio de urgencias a la espera de cama. A esta situación se suma un mayor flujo de pacientes críticos, incrementando la sobreocupación y la sobreocupación en el servicio de urgencias. De manera permanente se continúa implementando la estrategia de altas tempranas de pacientes para PHD o contra remisión, con el objetivo de optimizar el giro cama y mejorar la disponibilidad de camas hospitalarias; sin embargo, esta medida resulta insuficiente frente a la alta

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											demanda de atención que actualmente presenta el servicio. JUNIO: Durante el mes de JUNIO, el porcentaje de ocupación del servicio de urgencias fue del 229 %, lo que representa una AUMENTO del 7.5 % en comparación con el mes anterior 222.2% ; por lo tanto, no se cumplió la meta nominal establecida del 90%. La marcada sobreocupación se debe en gran medida, al cierre de servicios de urgencias en otras instituciones de salud, asociado a dificultades financieras, retrasos en los pagos por parte de las EPS y la no dispensación oportuna de medicamentos. Esta situación ha generado baja resolutiveidad en la atención de diversas patologías y descompensación de enfermedades crónicas, ocasionando un mayor flujo de pacientes hacia esta institución. Adicionalmente, es importante resaltar que el hospital funciona como centro público de referencia del departamento, por lo que los diferentes municipios remiten pacientes que requieren atención en niveles superiores de complejidad. Como consecuencia de lo anterior, la capacidad instalada se ha visto superada, excediendo la disponibilidad de camas en los diferentes servicios de hospitalización, lo que genera que pacientes con orden de hospitalización permanezcan en el servicio de urgencias a la espera de cama. A esta situación se suma un mayor flujo de pacientes críticos, incrementando la sobreocupación en el servicio de urgencias. De manera permanente se continúa implementando la estrategia de altas tempranas de pacientes para PHD o contra remisión, O redireccionamiento a primer nivel de triage III sin factores de riesgo así como triage IV , V, con el objetivo de optimizar el giro cama y mejorar la disponibilidad de camas hospitalarias; sin embargo, esta medida resulta insuficiente frente a la alta demanda de atención que actualmente presenta el servicio.
			Porcentaje de pacientes con estancias superiores a 24 horas en urgencias	8,88	15		20,92	29,42	25,17	4%	Durante el mes de ABRIL se atendieron 3919 pacientes en el servicio de urgencias, de los cuales 1106 permanecieron más de 24 horas en el servicio, lo que corresponde al 28.2 % del total de pacientes atendidos. Este resultado representa un aumento del 6 % con respecto al mes anterior, superando la meta nominal establecida del 15 %. Es importante precisar que este indicador incluye pacientes que ya han sido valorados por una especialidad y cuentan con orden de hospitalización, pero que permanecen en el servicio de urgencias a la espera de disponibilidad de cama en los diferentes servicios de hospitalización. El comportamiento del indicador se encuentra impactado por factores externos e internos. Entre los factores externos se destaca la mayor afluencia de pacientes asociada a la crisis del sistema de salud a nivel regional y nacional, relacionada con dificultades en la red de prestación de servicios y en las EPS, lo que genera una mayor demanda de atención en la institución. Dentro de los factores internos, se identifica principalmente la NO disponibilidad de camas hospitalarias por el pobre GIRO CAMA Y EGRESOS HOSPITALARIOS por complejidad de sus patologías, lo cual dificulta el traslado oportuno de los pacientes desde urgencias hacia hospitalización, generando mayores tiempos de estancia en el servicio de urgencias.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											Durante el mes de MAYO se atendieron 3957 pacientes en el servicio de urgencias, de los cuales 1155 permanecieron más de 24 horas en el servicio, lo que corresponde al 29.18 % del total de pacientes atendidos. Este resultado representa un aumento del 1 % con respecto al mes anterior, superando la meta nominal establecida del 15 %. Es importante precisar que este indicador incluye pacientes que ya han sido valorados por una especialidad y cuentan con orden de hospitalización, pero que permanecen en el servicio de urgencias a la espera de disponibilidad de cama en los diferentes servicios de hospitalización. El comportamiento del indicador se encuentra impactado por factores externos e internos. Entre los factores externos se destaca la mayor afluencia de pacientes asociada a la crisis del sistema de salud a nivel regional y nacional, relacionada con dificultades en la red de prestación de servicios y en las EPS, lo que genera una mayor demanda de atención en la institución. Dentro de los factores internos, se identifica principalmente la NO disponibilidad de camas hospitalarias por el pobre GIRO CAMA Y EGRESOS HOSPITALARIOS por complejidad de sus patologías, lo cual dificulta el traslado oportuno de los pacientes desde urgencias hacia hospitalización, generando mayores tiempos de estancia en el servicio de urgencias. Durante el mes de JUNIO se atendieron 3447 pacientes en el servicio de urgencias, de los cuales 1063 permanecieron más de 24 horas en el servicio, lo que corresponde al 30.8 % del total de pacientes atendidos. Este resultado representa un aumento del 1.62 % con respecto al mes anterior, superando la meta nominal establecida del 15 %. Es importante precisar que este indicador incluye pacientes que ya han sido valorados por una especialidad y cuentan con orden de hospitalización, pero que permanecen en el servicio de urgencias a la espera de disponibilidad de cama en los diferentes servicios de hospitalización. El comportamiento del indicador se encuentra impactado por factores externos e internos. Entre los factores externos se destaca la mayor afluencia de pacientes asociada a la crisis del sistema de salud a nivel regional y nacional, relacionada con dificultades en la red de prestación de servicios y en las EPS, lo que genera una mayor demanda de atención en la institución. Dentro de los factores internos, se identifica principalmente la NO disponibilidad de camas hospitalarias por el pobre GIRO CAMA Y EGRESOS HOSPITALARIOS por complejidad de sus patologías, lo cual dificulta el traslado oportuno de los pacientes desde urgencias hacia hospitalización, generando mayores tiempos de estancia en el servicio de urgencias.
			Giro cama - Salas de Hospitalización	6,58	6,58	Subgerencia Científica y Asesor de Planeación	6,27	6,30	6,28	100%	Durante el II trimestre de la vigencia 2026, el indicador de Giro cama – Salas de Hospitalización presentó un resultado promedio de 6,30 frente a una meta establecida de 6,58, alcanzando un cumplimiento del 96%. Este comportamiento evidencia un adecuado nivel de rotación de camas hospitalarias y una gestión eficiente de la capacidad instalada, permitiendo mantener un flujo constante de pacientes en los servicios de hospitalización.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
			Giro Cama - Urgencias Hospitalización	6,45	6,45		6,06	9,30	7,68	56%	Para el II trimestre de 2026, el indicador de Giro cama – Urgencias Hospitalización registró un resultado promedio de 9,30 frente a una meta de 6,45, alcanzando un cumplimiento del 56%.
			Proporción de Cancelación de Cirugía (programada)	1,45	2	Enfermero Cirugía	0,19	0	0,09	100%	EN ESTE MES DE ABRIL EL INDICADOR DE CANCELACION DE CIRUGIA DA 0%, CUMPLE SU META, YA QUE DE 37 CIRUGIAS REALIZADAS NINGUNA SE CANCELO POR CAUSAS ATRIBUIBLES A LA INSTITUCION, CON TENDENCIA DECRECIENTE SIN BRECHA. MAS SIN EMBARGO SE PRESENTARON 3 CANCELACIONES POR PARTE DEL PACIENTE LAS CUALES SON: MARIA LUCERO USECHE HC 40759121 PARA UNA BIOPSIA ENDOMETRIAL LA PACIENTE NO ASISTIO POR SITUACION PERSONAL, LA CUAL SE LE INFORMO QUE APENAS DEN AGENDA DE GINECOLOGIA SE PROGRAMARA DE NUEVO. GERLY DUAN CAVIEDE, HC 1117525928 PARA RESEWCION DE PTERIGIO ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA, PACIENTE QUE NO LLEGA EL DIA DE LA CIRUGIA , SE LE LLAMA E INFORMA QUE NO OBTUVO EL PERMISO POR ESTAR EN ZONA, PACIENTE QUE IGUALMENTE SE PROGRAMARA DE NUEVO . ALICIA ASCENCIO DUCUARA, HC 38315012 PROCEDIMIENTO EXTRACCION DE CATARATA, ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA PACIENTE QUE AL LLEGAR EL DIA DE LA CIRUGIA INFORMA QUE ESTA ENFERMA, IGUALMENTE SE LE DICE A LA PACIENTE QUE SE PROGRAMARA DE NUEVO A PENAS NOS INFORME QUE SE SIENTE MEJOR. DURANTE ESTE MES DE MAYO SE REALIZARON 58 CIRUGIAS AMBULATORIAS CON CERO CIRUGIAS CANCELADAS POR CAUSAS ATRIBUIBLES A LA INSTITUCION, LOGRANDO QUE EL INDICADOR CUMPLE SU META, CON TENDENCIA DECRECIENTE , SIN BRECHA. DEMOSTRANDO UNA BUENA PLANIFICACION DE LAS CIRUGIAS AMBULATORIAS, BUENOS FILTROS PREQUIRURGICOS Y UNA EXCELENTE COMUNICACION CON EL EQUIPO PARA EL APROVECHAMIENTO DEL QUIROFANO. AUN ASI SE PRESENTARON 2 INASISTENCIAS DE PACIENTES A SUS CIRUGIAS PROGRAMADAS POR CAUSAS DE FUERZA MAYOR COMO: 26 DE MAYO, ADRIAN CAMILO GARZON SANABRIA , HC 1117946408, RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS , DE PREVISORA, PRESENTANDO UN CUADRO GRIPAL. 27 DE MAYO, SANTY AMAURY MEJIA GUZMAN, HC 1117501876, EXODONCIA DEL BATALLON NO LOGRO ASISTIR . DURANTE EL PERIODO DE JUNIO EL INDICADOR CUMPLE SU META YA QUE DE 50 CIRUGIAS PROGRAMADAS, SE PRESENTO CERO CANCELACION POR CAUSAS ATRIBUIBLES A LA INSTITUCION, CON TENDENCIA DECRECIENTE , SIN BRECHA. SE REGISTRARON 7 CANCELACIONES POR CAUSAS EXTERNAS: 3 POR INASISTENCIA DEL PACIENTE YA QUE SE LLAMO 3 VECES Y NO CONTESTARON ESOS PACIENTES

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											SON DE ESPECIALIDADES DE OFTALMOLOGIA,CIRUGIA GENERAL, ORTOPEDIA Y MAXILO.(YOVANY RAMOS FLORIANO, HC 17646482 RESECCION DE PTERIGIO, LUZ STELLA ARTUNDUAGA HC 26632621,EXTRACCION DE IMPLANTE EN RADIO O CUBITO,JUAN SEBASTIAN RAMIREZ HC 1118374043, EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO. 1 POR DESCOMPENSACION METABOLICA PACIENTE CON CIFRAS DE GLUCEMIA MUY ALTAS, MEIBER RENTERIA, HC 2699690 EXTRACCION DE CATARATA. 3 POR TERMINACION DE CONTRATO CON LA POLICIA NACIONAL(LUZ MARINA VANEGASHC 40727863 HERNIORRAFIA INGUINAL, ALFREDO SANCHEZ HC 19356308, EXTRACCION DE CATARATA, JUAN MANUEL ARANGO HC 94277086, EXTRACCION DE CATARATA. SE REALIZAN LLAMADAS NUEVAMENTE PARA REALIZAR REPROGRAMACION DE LOS PACIENTES QUE NO ASISTIERON PERO NO CONTESTAN LA LLAMADA LA PACIENTE CON CIFRA DE GLUCEMIA ALTA SE ESTA A LA ESPERA PARA QUE NOS INFORME DE SU MEJORIA Y ASI REPROGRAMAR NUEVAMENTE SU PROCEDIMIENTO. DE IGUAL FORMA SE ESTA A LA ESPERA QUE PLANEACION NOTIFIQUE LA NUEVA CONTRATACION CON LA POLICIA PARA REALIZAR REPROGRAMACION DE LOS PACIENTES PENDIENTES DE ESA ENTIDAD.
			Razón Corriente	3,9	2	Profesional universitario de contabilidad	2,46	2,42	2,44	100%	Este resultado evidencia una posición de liquidez favorable, ya que los activos corrientes superan ampliamente las obligaciones corrientes, permitiendo a la entidad atender sus compromisos financieros de corto plazo sin comprometer la continuidad de sus operaciones. Asimismo, refleja una adecuada gestión del capital de trabajo y una capacidad financiera suficiente para afrontar las necesidades operativas y financieras inmediatas.
			Solidez Financiera	2,8	2		2,59	2,71	1,30	0%	Este resultado evidencia una adecuada fortaleza financiera, al reflejar que los activos superan ampliamente el nivel de endeudamiento. En consecuencia, la entidad presenta una estructura patrimonial sólida, con capacidad suficiente para responder por sus compromisos financieros sin comprometer la continuidad de sus operaciones.
			Margen de rentabilidad	11,1	12	Profesional universitario de Costos	22,28	8,6	18,81	100%	En abril de 2026, el hospital registró un margen de rentabilidad de -11,41%, resultado inferior a la meta mínima institucional establecida en 6%. Durante este período se obtuvieron ingresos por \$20.032.756.638, mientras que los costos de producción ascendieron a \$22.612.301.349, generando una pérdida de \$2.579.544.711. Este comportamiento contrasta significativamente con el observado en marzo de 2026, cuando la entidad alcanzó un margen de rentabilidad de 29,9%, superando ampliamente la meta máxima institucional del 25%. En dicho mes se registraron ingresos por \$21.114.087.502 y costos de producción por \$14.795.127.788, obteniendo una utilidad de \$6.318.959.714. La variación negativa presentada en abril se explica principalmente por el reconocimiento de pérdidas extraordinarias asociadas al retiro y baja de activos, las cuales impactaron de manera significativa los resultados financieros del

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											período. En total, la entidad registró pérdidas por \$7.051.196.479,29, derivadas de procesos de desincorporación, retiro y depuración de activos fijos no financieros que habían dejado de generar beneficios económicos o de contribuir al desarrollo de las actividades institucionales. La cuenta 58042301 – Pérdida en retiro de activos registró un valor de \$6.905.936.402,61, equivalente al 97,94% del total de las pérdidas reconocidas. Este resultado refleja la salida de activos cuyo valor en libros no pudo ser recuperado mediante venta, transferencia o aprovechamiento, generando una afectación importante en el resultado del ejercicio. Por su parte, la cuenta 58090901 – Pérdida por baja en cuentas de activos fijos no financieros presentó un saldo de \$145.260.076,68, correspondiente al 2,06% del total. Estas pérdidas se relacionan con activos dados de baja por obsolescencia, deterioro, pérdida de funcionalidad o procesos de depuración contable y administrativa, cuyo valor residual fue reconocido como gasto. En consecuencia, aunque el desempeño operativo del hospital mostró una disminución frente al mes anterior, el resultado negativo de abril estuvo influenciado principalmente por eventos de carácter no recurrente asociados a la depuración y actualización de la base de activos institucional. De no haberse registrado estas pérdidas extraordinarias, el comportamiento financiero del período habría presentado indicadores significativamente más favorables. En mayo de 2026, el hospital presentó una recuperación significativa de su desempeño financiero, alcanzando un margen de rentabilidad del 42,09%, muy por encima de la meta máxima institucional del 25%. Los ingresos ascendieron a \$21.277.194.317, mientras que los costos de producción se ubicaron en \$14.974.678.034, generando una utilidad de \$6.302.516.283. Este resultado refleja una gestión eficiente de los costos de producción y un fortalecimiento de la capacidad institucional para convertir los ingresos en resultados positivos. En contraste, durante abril de 2026 el hospital registró un margen de rentabilidad de -11,41%, inferior a la meta mínima institucional del 6%. En ese periodo, los ingresos fueron de \$20.032.756.638, frente a costos de producción de \$22.612.301.349, lo que ocasionó una pérdida de \$2.579.544.711. Al comparar ambos periodos, se evidencia una mejora sustancial en el desempeño financiero institucional. El margen de rentabilidad aumentó 53,50 puntos porcentuales, pasando de -11,41% a 42,09%. Asimismo, el resultado operacional presentó una variación positiva de \$8.882.060.994, al pasar de una pérdida de \$2.579.544.711 en abril a una utilidad de \$6.302.516.283 en mayo. Este comportamiento refleja una recuperación financiera sólida, sustentada en el incremento de los ingresos y, principalmente, en una reducción significativa de los

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											costos de producción, consolidando un desempeño superior a las metas institucionales. En junio de 2026, el hospital registró un margen de rentabilidad de -4,88%, ubicándose 10,88 puntos porcentuales por debajo de la meta mínima institucional del 6%. Durante el mes, los ingresos alcanzaron \$17.982.296.014, mientras que los costos de producción ascendieron a \$18.905.797.057, generando una pérdida operacional de \$923.501.043. Este resultado evidencia que los costos superaron los ingresos, afectando la sostenibilidad financiera de la institución y reflejando un deterioro importante en el desempeño económico. En contraste, mayo de 2026 presentó un comportamiento excepcional, con un margen de rentabilidad del 42,09%, superando ampliamente la meta máxima institucional del 25%. En ese período, el hospital obtuvo ingresos por \$21.277.194.317 frente a costos de producción de \$14.974.678.034, lo que permitió generar una utilidad de \$6.302.516.283 y un sólido excedente operacional. La comparación entre ambos meses evidencia un cambio significativo en el comportamiento financiero, al pasar de una utilidad de \$6.302 millones en mayo a una pérdida de \$923 millones en junio, lo que representa una variación negativa cercana a \$7.226 millones. Esta reducción estuvo asociada tanto a una disminución de los ingresos, que cayeron aproximadamente 15,5% (equivalente a \$3.295 millones), como a un incremento de los costos de producción, que aumentaron alrededor de 26,3% (equivalente a \$3.931 millones). Los resultados de junio reflejan un deterioro considerable de la rentabilidad institucional respecto al mes anterior, pasando de un escenario de alta generación de excedentes a un resultado deficitario. Este comportamiento sugiere la necesidad de analizar las causas que originaron la reducción de los ingresos y el incremento de los costos, especialmente en los componentes de mayor impacto, como suministros y producción asistencial. Se recomienda fortalecer el seguimiento mensual de los indicadores financieros, optimizar la estructura de costos, mejorar la eficiencia operativa y consolidar estrategias de recuperación de ingresos que permitan retornar a niveles de rentabilidad acordes con las metas institucionales y garantizar la sostenibilidad financiera del hospital.
		Socialización de costos sobre servicios específicos solicitados para su implementación y oferta	Número de tablas de costos generados vs número de solicitudes realizadas	100	100	Jefe Oficina Asesora de Planeación	100	100	100,00	100%	Durante el segundo trimestre se realizó 1 tabla de costos, correspondiente al servicio de Viscerotomía- Toma de muestra, remitida el 21 de abril de 2026 y con fecha de adopción de la tarifa del 12 de mayo de 2026.
		Plan Maestro de inversiones actualizado	Garantizar la actualización del Plan Maestro de inversiones en los tiempos establecidos por la entidad y de acuerdo a la habilitación del MSPS	1	2	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	1	0,50	50%	Se realizo el registro de las iniciativas y/o proyectos que ya se encuentran financiados o que requieren financiamiento para el HDMI

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
Mejorar las estrategias de negociación con las EAPB, con el fin de buscar el equilibrio financiero y social de la E.S.E.		Seguimiento a proyectos de inversión	Proyectos de inversión radicados vs viabilizados	84,6%	100%		0	0,17	0,08	17%	Se realizó la radicación de 6 proyectos de inversión y se logró la viabilidad de 1 proyecto
		Portafolio de servicios	Creación del Portafolio de Servicios con los CUPS	N/A	1		0	1	0,50	100%	Portafolio creado y dispuesto en la página web
		Formato de Cotización servicios a las EAPB	Creación del "Formato de Cotización servicios a las EAPB"	N/A	1		0	0,9	0,45	90%	Se realizó modificación al formato inicial con la creación de dos formatos diferenciales; uno para cotización de entidades con contrato y otro para cotización de entidades si contrato.
		Formalización y optimización de contratos con las EAPB asegurando condiciones favorables para la institución.	1. Actas de negociaciones 2. Contratos firmados con anexos de tarifas	100	100		100	100	100,00	100%	Durante el periodo evaluado, la Oficina Asesora de Planeación fortaleció el control preventivo sobre la revisión contractual mediante la realización de una mesa técnica interdisciplinaria para analizar las minutas propuestas por COLSANITAS y MEDISANITAS para la vigencia 2026. La sesión, desarrollada el 26 de mayo de 2026 y registrada en el Acta No. 24, permitió identificar y consolidar observaciones jurídicas, técnicas, financieras y operativas relacionadas con la vigencia, modalidad contractual, pólizas, facturación, glosas, pagos, auditorías, sanciones y seguridad de la información. Una vez socializado el documento con las áreas involucradas y vencido el plazo sin nuevos aportes, se remitió la versión final de observaciones a las entidades contratantes, dejando trazabilidad del proceso y contribuyendo a prevenir riesgos antes de la suscripción de los acuerdos de voluntades.
		Expansión de la oferta de servicios de salud, con incorporación de nuevas prestaciones según necesidades de la población.	Oferta de servicios a las diferentes EAPB y ERP	N/A	100		100	100	100,00	100%	Durante el segundo trimestre se realizaron las siguientes actividades en cumplimiento del indicador: - Se realizó actualización de la oferta de la entidad POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS con tarifas UVB de acuerdo a negociaciones previas realizadas con esta entidad, del mismo modo se recibieron observaciones a la oferta, por lo que se procedió a realizar el envío de dichas observaciones al doctor Fabian Perdomo, debido a que las mismas correspondían a la homologación de servicios el cual fue implementado por el profesional en su labor para el HDMI. - Se surtió reunión con el señor Javier Murillas, contratista del primer nivel, con el fin de realizar la revisión de la propuesta de modificación contractual para la modalidad capitación con la entidad ASMET SALUD, identificado que las metas y el valor de la UPC no eran financieramente viables para la entidad. Se reitera a través de correo electrónico de fecha 10/06/2026, la disposición de adelantar las acciones de negociación y consolidación de la minuta contractual a la entidad AXA COLPATRIA, quienes no respondieron a la agenda de reunión propuesta en correos anteriores; por lo que se solicita se programe por parte de ellos la reunión con el fin de coincidir con agendas.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
		4. Seguimiento a los recursos recaudados por venta de servicios	Recaudo Vrs. Venta	126,85	58	Tesorero General	202,88	50,0	126,44	86%	Con corte al 30 de junio de 2026, la E.S.E. Hospital Departamental María Inmaculada obtuvo ventas por valor de \$162.449.158.199,50 durante el segundo trimestre de la vigencia. El recaudo total alcanzó los \$81.230.570.731, de los cuales \$63.723.615.012 corresponden a recuperación de cartera, representando el 36% del total de las ventas registradas en el periodo.

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2. Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad									
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
Gestión de recursos suficientes que garanticen la liquidez de la E.S.E.	Mejorar los procesos de contratación y mercadeo optimizando la gestión administrativa y financiera.	1. Fortalecer el procedimiento para la contratación con EAPB-ERP de manera que estipule un paso a paso que se alinee a la normatividad vigente y que integre las áreas o procesos que intervengan en la contratación. 2. Aplicar el procedimiento una vez formalizado	Número de contratos firmados y soportes en cumplimiento al procedimiento DE-P-21	17	17	Jefe Oficina Asesora de Planeación	21	21	21	100%	Durante el segundo trimestre no se celebraron nuevos contratos con ERP o EAPB
	Ofrecer servicios médicos especializados y de alta demanda que puedan atraer a más pacientes y generar ingresos adicionales.	Estudio de costos y viabilidad de negociación de acuerdo a la oferta	Servicios médicos especializados con convenio o contrato.	4	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación / Subgerente Científico	2	0	1	100%	Durante el II trimestre se deshabilitaron los servicios de: · Urología · Otorrinolaringología
	Optimizar los procesos de cobros de	1.Indicadores de facturación, cartera y	Control de Ingresos en estado registrado	3,2	2,5	Profesional Facturación	0,38	0,93	0,55	100%	ABRL: Los ingresos en estado registrado para el periodo comprendido del 1 al 30 de abril de 2026 corresponden a 661, de los cuales 64 ingresos corresponden a pacientes con boleta de salida en el sistema, es

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2. Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad									
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	cartera, con el propósito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos	glosas registrados y analizados 2. control entrega facturas a cartera. (código de barra) 3. Saneamiento de cartera y operativización de comité. 4.Renegociación con los deudores a través de contratos de transacción, acuerdos de pago y conciliación. 5. Informe de Entidades con cobros pre jurídicos y jurídicos enviados durante el año. 6. Planes de mejora ejecutados									responsabilidad de facturación, 301 ingresos son de pacientes ubicados en urgencias, hospitalización transitoria, hospitalización (I -II -III – Pediatría, Ginecobstetricia, cirugía, unidad mental),UCIA y UCIN, 95 ingresos corresponden al programa Plan Canguro, 60 ingresos generados en el HDMI que corresponden a usuarios en tratamiento de terapias físicas y psicología en consulta externa y 141 ingresos generados en el Centro de Salud de la Montañita y Unión Peneya que corresponden a usuarios en tratamiento ambulatorio de terapias físicas y psicología. El total de ingresos generados durante el mismo período fue de 7.197, equivalente al 0.89% por debajo de la meta mínima que es 1.0. De acuerdo con el resultado anterior se comunica lo siguiente: El indicador “Expresa la relación entre los ingresos en estado registrado e ingresos en estado confirmado, en este indicador se excluyen los usuarios que están hospitalizados, pacientes ingresados en el programa plan canguro y los pacientes que están en proceso de tratamiento como son terapias físicas y psicología”. Por lo anterior, se comunica que estos 64 ingresos que se encuentran en estado registrado (abiertos) corresponden a ingresos que tienen boleta de salida generada en el sistema y están en proceso de revisión por parte de los revisores de cuentas médicas. Así mismo, se realiza gestión diariamente para que el personal que tiene ingresos abiertos les de cierre oportuno y correcto. MAYO: Los ingresos en estado registrado para el período comprendido del 1 al 30 de abril de 2026 corresponden a 744, de los cuales 66 ingresos corresponden a pacientes con boleta de salida en el sistema, es responsabilidad de facturación, 315 ingresos son de pacientes ubicados en urgencias, hospitalización transitoria, hospitalización (I -II -III – Pediatría, Ginecobstetricia, cirugía, unidad mental),UCIA y UCIN, 72 ingresos corresponden al programa Plan Canguro, 70 ingresos generados en el HDMI que corresponden a usuarios en tratamiento de terapias físicas y psicología en consulta externa y 287 ingresos generados en el Centro de Salud de la Montañita y Unión Peneya que corresponden a usuarios en tratamiento ambulatorio de terapias físicas y psicología. El total de ingresos generados durante el mismo período fue de 12.197, equivalente al 0.54% por debajo de la meta mínima que es 1.0. De acuerdo con el resultado anterior se comunica lo siguiente: El indicador “Expresa la relación entre los ingresos en estado registrado e ingresos en estado confirmado, en este indicador se excluyen los usuarios que están hospitalizados, pacientes ingresados en el programa plan canguro y los pacientes que están en proceso de tratamiento como son terapias físicas y psicología”.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2. Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad									
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											Por lo anterior, se comunica que estos 70 ingresos que se encuentran en estado registrado (abiertos) corresponden a ingresos que tienen boleta de salida generada en el sistema y están en proceso de revisión por parte de los revisores de cuentas médicas. Así mismo, se realiza gestión diariamente para que el personal que tiene ingresos abiertos les de cierre oportuno y correcto. JUNIO: Los ingresos en estado registrado para el período comprendido del 1 al 30 de junio de 2026 corresponden a 593, de los cuales 122 ingresos corresponden a pacientes con boleta de salida en el sistema, los cuales son responsabilidad del subproceso de facturación; 307 ingresos son de pacientes hospitalizados en urgencias, hospitalización transitoria, hospitalización (I -II -III – Pediatría, Ginecobstetricia, cirugía, unidad mental),UCIA y UCIN, 69 ingresos corresponden al programa Plan Canguro, 38 ingresos generados en el HDMI que corresponden a usuarios en tratamiento de terapias físicas y psicología en consulta externa y 57 ingresos generados en el Centro de Salud de la Montañita y Unión Peneya que corresponden a usuarios en tratamiento ambulatorio de terapias físicas y psicología. El total de ingresos generados durante el mismo período fue de 9.033, equivalente al 1.35% por debajo de la meta nominal que es 2.5. De acuerdo con el resultado anterior se comunica lo siguiente: El indicador “Expresa la relación entre los ingresos en estado registrado e ingresos en estado confirmado, en este indicador se excluyen los usuarios que están hospitalizados, pacientes ingresados en el programa plan canguro y los pacientes que están en proceso de tratamiento como son terapias físicas y psicología”. Por lo anterior, se comunica que estos 122 ingresos que se encuentran en estado registrado (abiertos) corresponden a ingresos que tienen boleta de salida generada en el sistema y están en proceso de revisión por parte de los revisores de cuentas médicas, algunos de estos ingresos presentan inconsistencias con relación a que el área asistencial no ha registrado de manera oportuna el consumo del oxígeno, se reportó al coordinador médico de urgencias y al subgerente científico para el trámite pertinente. Así mismo, se realiza gestión diariamente para que el personal que tiene ingresos abiertos les de cierre oportuno y correcto.
			Radicación a cartera del valor facturado	96,9	95	Profesional Facturación	88,53	97,02	93,25	100%	Durante el mes de abril de 2026 se facturó el valor de \$15.901.289.175 y se entregó al proceso de radicación el valor de \$15.772.188.211, para lo cual se observa que se radicó el 99.19% de la facturación de ese mes. El valor de \$129.100.964 quedó pendiente de radicar, el cual está en proceso de revisión por parte de los revisores de cuentas y corrección por parte de los facturadores, así mismo, hay facturas pendientes por soporte de resultados de ayudas diagnósticas y laboratorios, patologías, potenciales evocados, terapias físicas, monitoreos y curaciones.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2. Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad									
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											Durante el mes de mayo de 2026 se facturó el valor de \$15.750.359.908 y se entregó al proceso de radicación el valor de \$ 15.239.107.375, para lo cual se observa que se radicó el 96.75% de la facturación de ese mes. El valor de \$ 511.252.533 quedó pendiente de radicar, el cual está en proceso de revisión por parte de los revisores de cuentas y corrección por parte de los facturadores, así mismo, hay facturas pendientes por soporte de resultados de ayudas diagnósticas y laboratorios, patologías, potenciales evocados, terapias físicas, monitoreos y curaciones. Durante el mes de junio de 2026 se facturó el valor de \$16.559.399.803 y se entregó al proceso de radicación el valor de \$15.748.959.463, para lo cual se observa que del valor facturado se entregó al proceso de radicación el 95.11%. El valor de \$810.440.340 quedó pendiente por entregar al proceso de radicación, el cual está en proceso de revisión por parte de los revisores de cuentas y corrección por parte de los facturadores, así mismo, hay facturas pendientes por soporte de resultados de ayudas diagnósticas y laboratorios, patologías, potenciales evocados, terapias físicas, monitoreos y curaciones.
			Porcentaje de facturación radicada a entidad	99,0	90	Profesional Facturación	94,46	113,02	103,85	100%	Durante el mes de abril de 2026 se facturó el valor de \$15.901.289.175 y durante ese mismo mes se radicó a las Entidades Responsables del Pago (ERP) el valor de \$17.610.669.831, se comunica que del valor facturado mencionado quedó sin radicar el valor de \$129.100.964, es decir, que el valor que se radicó correspondiente a la facturación del mes de abril es de \$15.772.188.211 y la diferencia que esta por valor de \$1.838.481.620 corresponde a facturación de otros meses que se había quedado sin radicar en su momento. Así las cosas, se informa que al proceso de radicación se entregó desde el proceso de facturación el valor de 15.772.188.211 y se radicó el valor de \$17.610.669.831, teniendo en cuenta que el valor de \$1.838.481.620 corresponde a facturas de meses anteriores, para lo cual se observa que emite el valor de 111,66, significa que se radicó el 111% durante este mes de abril de 2026. El valor de \$129.100.964 queda pendiente por entregar a radicación (antes oficina de cartera), el cual está en el proceso de revisión por parte de los revisores de cuentas y corrección por parte de los facturadores, así mismo, hay facturas pendiente por soporte de resultados de ayudas diagnósticas y laboratorios, patologías, potenciales evocados, terapias física, monitoreos y curaciones. Durante el mes de mayo de 2026 se facturó el valor de \$15.750.359.908 y se entregó al proceso de radicación el valor de \$15.239.107.375 y se radicó a las Entidades Responsables del Pago (ERP) el valor de \$17.499.802.915.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2. Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad									
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											Se comunica que, del valor facturado de este mes de mayo de 2026 se quedó sin radicar el valor de \$511.252.533 y la diferencia del valor que se radicó a las ERP con el valor que se entregó al proceso de radicación es de facturación pendiente por radicar de meses anteriores, el cual corresponde al valor de \$2.260.695.540 En conclusión, se observa que para el mes de mayo de 2026 se radico el %114.83 y que el valor de \$511.252.533 queda pendiente por entregar a radicación (antes oficina de cartera), el cual está en el proceso de revisión por parte de los revisores de cuentas y corrección por parte de los facturadores, así mismo, hay facturas pendientes por soporte de resultados de ayudas diagnósticas y laboratorios, patologías, potenciales evocados, terapias físicas, monitoreos y curaciones. Durante el mes de junio de 2026 se facturó el valor de \$ 16.559.399.803 y se entregó al proceso de radicación el valor de \$ 15.748.959.463 y se radicó a las Entidades Responsables del Pago (ERP) el valor de \$17.727.615.104. Se comunica que, del valor facturado de este mes de junio de 2026 se quedó sin radicar el valor de \$810.440.340 y la diferencia del valor que se radicó a las ERP con el valor que se entregó al proceso de radicación es de facturación pendiente por radicar de meses anteriores, el cual corresponde al valor de \$1.978.655.641. En conclusión, se observa que para el mes de junio de 2026 se radico el %112.56 y que el valor de \$810.440.340 queda pendiente por entregar a radicación (antes oficina de cartera), el cual está en el proceso de revisión por parte de los revisores de cuentas y corrección por parte de los facturadores, así mismo, hay facturas pendientes por soporte de resultados de ayudas diagnósticas y laboratorios, patologías, potenciales evocados, terapias físicas, monitoreos y curaciones.
			Rotación de cartera	1,24	1,10	Profesional Universitario Contador	0	0	0	0%	Indicador de reporte anual
			Porcentaje de recuperación de cartera.	41	25	Técnico Administrativo Cartera	18,32	33,87	26,10	100%	La cartera radicada y cargada en la plataforma SIHO a 31 de diciembre de 2025 fue de \$ 175.476.222.356, de este valor se ha recaudado en el cuarto MES \$54.348.873.559 lo cual significa que ya se ha recuperado el 31% de las vigencias anteriores, sin embargo es alto gracias a los procesos jurídicos adelantados contra Nueva eps y Asmetsalud.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2. Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad									
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											La cartera radicada y cargada en la plataforma SIHO a 31 de diciembre de 2025 fue de \$ 175.476.222.356, de este valor se ha recaudado al MES de mayo \$ 60.257.790.132 lo cual significa que ya se ha recuperado el 34 % de las vigencias anteriores, sin embargo es alto gracias a los procesos jurídicos adelantados contra Nueva eps y el acuerdo transaccional de Asmetsalud, igualmente pagos del BATALLON Y POLICIA. La cartera radicada y cargada en la plataforma SIHO a 31 de diciembre de 2025 fue de \$ 175.476.222.356, de este valor se ha recaudado al mes de junio de 2026 \$63.723.615.012,33 lo cual significa que ya se ha recuperado el 36% de las vigencias anteriores, esto es alto gracias a los procesos jurídicos adelantados contra Nueva eps y Asmetsalud, BATALLON , SANITAS La cartera radicada a 31 de marzo de 2026 fue de \$176.538.259.731 de los cuales se concilio en las mesas de flujo de recursos y fuera de ellas un valor de \$143.120.050.637.o sea que se concilio el 81% del total de la cartera radicada en ese periodo.
			Porcentaje de cartera conciliada	74,3	85	Técnico Administrativo Cartera	69,19	81,07	71,13	0%	
			Porcentaje de respuesta a objeciones, devoluciones	85,5	90	Profesional Especializado ACM					Indicador sin reporte
			Porcentaje de Objeciones y Devoluciones Definitivas	1,07	6	Profesional Especializado ACM					Indicador sin reporte
	Establecer alianzas con otras instituciones de salud, universidades y empresas para desarrollar proyectos conjuntos que puedan generar ingresos adicionales.	Gestión realizada para establecer alianzas con otras instituciones para el desarrollo de proyectos conjuntos	Porcentaje de alianzas gestionadas vs alianzas en ejecución	N/A	2	Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	1	2	100%	El proyecto de Telemedicina se encuentra suspendido por solicitud del Ministerio de Salud. Por otra parte, se encuentra suscrito el Acuerdo de Voluntades Vinculante entre el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. y el Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta E.S.E., el cual tiene como propósito fortalecer la implementación del modelo de telemedicina en dermatología en nuestra institución.
	Realizar un análisis exhaustivo de los costos operativos para identificar áreas	Informe detallado de costos operativos, con desglose por unidad funcional y centros de costos, presentado a gerencia y subgerencia	Informe de Costos presentado	4	4	Profesional de Costos	1	1	2	50%	Se evidencian Informe de Costos del segundo trimestre con el análisis de los costos operativos.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2. Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad									
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	de posible reducción sin comprometer la calidad de la atención.	administrativa y líderes de proceso para la toma de decisiones .									
	Implementar un sistema de gestión de inventarios eficiente para reducir el desperdicio y optimizar el uso de suministros médicos.	1. Sistema de inventario actualizado y digitalizado, con control en tiempo real de existencias y consumo.	Porcentaje de medicamentos pendientes por entregar de los listados básicos institucionales	1,5	2	Director servicio Farmacéutico	1,44	1,81	1,62	100%	En el mes de ABRIL del 2026 de los 975 productos entre medicamentos e insumos medico quirúrgicos manejados por el hospital departamental maría inmaculada y los centros de salud de Morelia, Montañita y Union Peneya, se dejaron de entregar 27 productos dando un porcentaje de 2.77% de medicamentos pendientes por entregar. Estos productos faltantes para despachar en el momento de dispensar se consignan en formato SF-F-23 Y SF-F-20 durante el mes de ABRIL se identifican productos como: empaglifocina 25mg, Quetapina 25mg, Prazosina, Espironolactona, Ampicilina + Sulbactam ampolla, Cafeína ampolla, Ciprofloxacina, Lorazepam, Tapentadol, Avibactam, Jeringa tapa corta, Jeringa 1ml, Extensión, Set de Gastro, metilprednisolona, Enema oral, detemir Insulina, ensure, atorvastatina, Sucralfato, Tiamina ampolla, Esomeprazol, Cilostazol 100mg, Ciprofloxacina ampolla, Tramadol y mometasona ampolla. En algunos casos se identifica medicamentos sin existencia en la institución y en otros casos agotados en las farmacias que se suplieron con traslados entre ellas. Sin embargo no se dejó descubierto el tratamiento del paciente, se realizó cambio de terapia farmacológica donde aplica. se puede observar moléculas que vienen faltando en meses anteriores, no se ha recibido reporte de disponibilidad por el área de compras. Del resultado obtenido se evidencia que disminuyo con relación al mes anterior (MARZO) y en comparación con el año 2025 disminuyo con relación al mismo mes de Abril. Nos encontramos actualmente por encima de la meta nominal por encima 0.77 puntos porcentuales. Tener presente que los casos de no existencia se debe al no despacho por parte de los proveedores, por compromisos de pago, ya que debido a la situación económica y pagos de las eps para hospital, han retrasado los pagos y los compromisos con los proveedores. Como alternativa a suplir dicha necesidad se sustituye realizando prestamos entre instituciones locales. En el mes de MAYO del 2026 de los 975 productos entre medicamentos e insumos medico quirúrgicos manejados por el hospital departamental maría inmaculada y los centros de salud de Morelia, Montañita y Union Peneya, se dejaron de entregar 13 productos dando un porcentaje de 1.33% de medicamentos pendientes por entregar. Estos productos faltantes para despachar en el momento de dispensar se consignan en formato SF-F-23 Y SF-F-20 durante el mes de MAYO se identifican productos como: Meropenem 1g, Acido Fólico, Dimenhidrinato, Avibactam, Fuconazol, Equipo fotosensible, metilprednisolona, Esomeprazol, Alimento Fressubin, Labetalol, Valsartan,

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2. Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad									
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											Agua esteril y Ertapenem. En algunos casos se identifica medicamentos sin existencia en la institucion y en otros casos agotados en las farmacias que se suplieron con traslados entre ellas. Sin embargo no se dejo descubierto el tratamiento del paciente, se realizo cambio de terapia farmacologica donde aplica. se puede observar moleculas que vienen faltando en meses anteriores, no se ha recibido reporte de disponibilidad por el area de compras. Del resultado obtenido se evidencia que disminuyo con relacion al mes anterior (Abril) y en comparación con el año 2025 se mantuvo con relación al mismo mes de Abril. Nos encontramos actualmente por debajo de la meta nominal. Se tiene presente que los casos de no existencia se debe al no despacho por parte de los proveedores, por compromisos de pago, ya que debido a la situación economica y pagos de las eps para hospital, han retrasado los pagos y los compromisos con los proveedores. Como alternativa a suplir dicha necesidad se sustituye realizando prestamos entre instituciones locales. En el mes de JUNIO del 2026 de los 975 productos entre medicamentos e insumos medico quirúrgicos manejados por el hospital departamental María inmaculada y los centros de salud de Morelia, Montaña y Union Peneya, se dejaron de entregar 15 productos dando un porcentaje de 1.33% de medicamentos pendientes por entregar. Estos productos faltantes para despachar en el momento de dispensar se consignan en formato SF-F-23 Y SF-F-20 durante el mes de JUNIO se identifican productos como: Set Fotoprotectado, Valsartan 80 y 160 mg Tabletas, Eritroproyentina ampolla, Tropicamida + Fenilefrina, Fluconazol Tabletas, Omeprazol Capsulas, Mascara CPAP, Meropenem, Prazocina tableta, Jeringa de 20ml, Cateter 22, y Cateter 20. En algunos casos se identifica medicamentos sin existencia en la institucion y en otros casos agotados en las farmacias que se suplieron con traslados entre ellas. Sin embargo no se dejo descubierto el tratamiento del paciente, se realizo cambio de terapia farmacologica donde aplica. Del resultado obtenido se evidencia que se mantuvo con relacion al mes anterior (Mayo) y en comparacioncon el año 2025 aumento 1.0 con relacion al mismo mes de JUNIO. Nos encontramos actualmente por debajo de la meta nominal. Se tiene presente que los casos de no existencia se debe al no despacho por parte de los proveedores, por compromisos de pago, ya que debido a la situacion economica y pagos de las eps para hospital, han retarasado los pagos y los compromisos con los proveedores. Como alternativa a suplir dicha necesidad se sustituye realizando prestamos entre instituciones locales, solicitudes urgentes a los proveedores con envio de terminal a terminal que se reciben el mismo dia y compras locales.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2. Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad									
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
			INDICE DE DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESENCIALES	95,7	90	Director servicio Farmacéutico	98,45	98,91	98,68	100%	Durante el mes de Abril de 2026 de acuerdo a la medición de existencias de medicamentos esenciales emitido por la OMS http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html presentes en los servicios farmacéuticos del hdmi, y de acuerdo a los manejados en relación con los consumos históricos y perfiles epidemiológicos (no todos se manejan en el hdmi, solamente 215 del listado normativo aplican) de los cuales se tienen existencias de 212 en total. La meta nominal del indicador es 90% y el dato medido para este mes fue de 98.60% igual que durante este mes de ABRIL. Estamos dentro de los parámetros de aceptación. Dentro de los medicamentos encontrados como no disponibles se relacionan ESPIRONOLACTONA, CAFEINA AMPOLLA Y CIPROFLOXACINO AMPOLLA. Durante el mes de MAYO de 2026 de acuerdo a la medición de existencias de medicamentos esenciales emitido por la OMS http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html presentes en los servicios farmacéuticos del hdmi, y de acuerdo a los manejados en relación con los consumos históricos y perfiles epidemiológicos (no todos se manejan en el hdmi, solamente 215 del listado normativo aplican) de los cuales se tienen existencias de 213 en total. La meta nominal del indicador es 90% y el dato medido para este mes fue de 99.07% igual que durante este mes de MAYO estamos dentro de los parámetros de aceptación. Dentro de los medicamentos encontrados como no disponibles se relacionan ACIDO FOLICO Y FLUCONAZOL. Durante el mes de JUNIO de 2026 de acuerdo a la medición de existencias de medicamentos esenciales emitido por la OMS http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html presentes en los servicios farmacéuticos del hdmi, y de acuerdo a los manejados en relación con los consumos históricos y perfiles epidemiológicos (no todos se manejan en el hdmi, solamente 213 del listado normativo aplican) de los cuales se tienen existencias de 213 en total. La meta nominal del indicador es 90% y el dato medido para este mes fue de 99.07% igual que durante este mes de MAYO estamos dentro de los parámetros de aceptación. Dentro de los medicamentos encontrados como no disponibles se relacionan TROPICAMIDA Y FLUCONAZOL.
		2. Protocolos de gestión de stock y abastecimiento, alineados con las necesidades hospitalarias.	PORCENTAJE DE REVISIONES DE STOCKS REALIZADAS	100	100	Profesional Universitario Servicio Farmacéutico	100	100	100	100%	Durante el mes de ABRIL del 2026 se programaron el 100% (70 ubicaciones) de las revisiones de stock y carros de paro pertenecientes al hospital departamental María inmaculada y los centros de salud de morelia, montaña y morelia, de los cuales se realizaron 70 en el tiempo programado (antes del último día del mes). en este mes el funcionario cumplió con la programación elaborada, dentro de los parámetros de tiempo establecidos. EL indicador a tenido un buen comportamiento en el tiempo, porque siempre

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO		2. Consolidar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la entidad									
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											se cuenta con funcionario disponible por cuadro de turnos para realizar la labor, cumpliéndose con la meta del indicador. Durante el mes de MAYO del 2026 se programaron el 100% (70 ubicaciones) de las revisiones de stock y carros de paro pertenecientes al hospital departamental María inmaculada y los centros de salud de morelia, montaña y morelia, de los cuales se realizaron 70 en el tiempo programado (antes del último día del mes). en este mes el funcionario cumplió con la programación elaborada, dentro de los parámetros de tiempo establecidos. EL indicador a tenido un buen comportamiento en el tiempo, porque siempre se cuenta con funcionario disponible por cuadro de turnos para realizar la labor, cumpliéndose con la meta del indicador. Durante el mes de JUNIO del 2026 se programaron el 100% (70 ubicaciones) de las revisiones de stock y carros de paro pertenecientes al hospital departamental María inmaculada y los centros de salud de morelia, montaña y morelia, de los cuales se realizaron 70 en el tiempo programado (antes del último día del mes). en este mes el funcionario cumplió con la programación elaborada, dentro de los parámetros de tiempo establecidos. EL indicador a tenido un buen comportamiento en el tiempo, porque siempre se cuenta con funcionario disponible por cuadro de turnos para realizar la labor, cumpliéndose con la meta del indicador.
	Revisar regularmente los gastos administrativos y operativos para identificar y eliminar gastos innecesarios.	1. Análisis del Informe detallado de gastos.	Soporte del análisis de gastos	1	4	Tesorera General	1	1	1	50%	Se evidencia ejecución presupuestal de gastos con corte a 30 de junio de 2026 presentado del Informe SIHO 2193 del segundo trimestre 2026.
	Establecer un control riguroso del presupuesto anual y realizar ajustes según sea necesario para mantener el equilibrio financiero.	1. Presupuesto anual estructurado y aprobado	Acto administrativo de presupuesto anual aprobado por la junta directiva	1	1	Subgerente Administrativa y Financiera					
		2. Informes de ejecución presupuestal, con seguimiento del cumplimiento de metas financieras.	Actos administrativo de modificación aprobados por la junta directiva	1	1	Subgerente Administrativa y Financiera					

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

% de cumplimiento II trimestre: 79%

Perspectiva Cliente

Políticas

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

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
Implementación Integral de la Gestión de Relación con las Partes Interesadas	Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, con oportunidad, seguridad y trato humanizado.	1. Indicadores de calidad de la atención definidos, analizados y con metas establecidas para medir la oportunidad en los servicios. 2. Informe de seguridad del paciente con reporte de eventos, análisis de riesgos y acciones de mejora implementadas. 3. Programa de humanización revisado, actualizado e implementado. 4. Planes de acción aplicados para la mejora continua de la calidad en la atención. 5. Comités institucionales (Seguridad del Paciente, MIPG) operativos y efectivos en la toma de decisiones.	Tiempo Promedio de Espera para la Asignación de cita de Obstetricia	3,6	5	Profesional Especializado Servicios Ambulatorios	2,52	4,5	3,5	100%	Para el mes de ABRIL se asignaron 5 citas de primera vez de obstetricia, dando un tiempo promedio de espera de 4 días, comparado con el mes anterior el indicador disminuye en 0.17 días, se CUMPLE con la meta establecida a 5 días, el volumen de consulta es bajo dado al tema contractual ya que las EAPB están prestando el servicio en sus IPS puerta de entrada. Para el mes de MAYO se asignaron 7 citas de primera vez de obstetricia, dando un tiempo promedio de espera de 5.43 días, comparado con el mes anterior el indicador AUMENTA en 1.43 días, se CUMPLE con la meta establecida a 5 días, el volumen de consulta es bajo dado al tema contractual ya que las EAPB están prestando el servicio en sus IPS puerta de entrada. Para el mes de JUNIO se asignaron 14 citas de primera vez de obstetricia, dando un tiempo promedio de espera de 4.07 días, comparado con el mes anterior el indicador DISMINUYE en 1.36 días, se CUMPLE con la meta establecida a 5 días, el volumen de consulta es bajo dado al tema contractual ya que las EAPB están prestando el servicio en sus IPS puerta de entrada.
			Tiempo Promedio de espera para la Asignación de Cita de Ginecología	3,4	7	Profesional Especializado Servicios Ambulatorios	2,77	3,99	3,4	100%	En el mes de ABRIL, se asignaron 16 citas de primera vez de ginecología, dando un tiempo promedio de espera de 3.44 días, comparado con el mes anterior el indicador aumenta en 0.27 días, el indicador CUMPLE con la meta establecida que es a 7 días, para este periodo se establecieron 42horas para un numero de 126 consultas, lo anterior para dar cumplimiento al indicador, de igual manera las EAPB direccionan las usuarias para otro prestador. Se cumple con el indicador establecido. En el mes de MAYO, se asignaron 15 citas de primera vez de ginecología, dando un tiempo promedio de espera de 5.27días, comparado con el mes anterior el indicador aumenta en 1.83 días, el indicador CUMPLE con la meta establecida que es a 7 días, para este periodo se establecieron 36 horas para un numero de 108 consultas, lo anterior para dar cumplimiento al indicador, de igual manera las EAPB direccionan las usuarias para otro prestador. Se cumple con el indicador establecido. En el mes de JUNIO, se asignaron 35 citas de primera vez de ginecología, dando un tiempo promedio de espera de 3.26 días, comparado con el mes anterior el indicador DISMINUYE en 2.01 días, el indicador CUMPLE con la meta establecida que es a 7 días, para este periodo se establecieron 36 horas para un numero de

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											108 consultas, lo anterior para dar cumplimiento al indicador, de igual manera las EAPB direccionan las usuarias para otro prestador. Se cumple con el indicador establecido.
			Tiempo promedio de Espera para la Asignación de Cita de Cirugía General.	8,7	15	Profesional Especializado Servicios Ambulatorios	7,54	6,69	7,1	100%	Para el mes de ABRIL se asignaron 7 citas de primera vez de cirugía general, dando un tiempo promedio de espera de 6.57 días, comparado con el mes anterior DISMINUYE en 3.58 días, para este periodo se programaron por cuadro de turno 62 horas para un numero de 186 citas, para este periodo se cumple la meta nominal que está a 15 días, se realizaron las medidas necesarias para el cumplimiento del indicador. Para el mes de MAYO se asignaron 14 citas de primera vez de cirugía general, dando un tiempo promedio de espera de 3.29 días, comparado con el mes anterior DISMINUYE en 3.28 días, para este periodo se programaron por cuadro de turno 68 horas para un numero de 204 citas, para este periodo se cumple la meta nominal que está a 15 días, se realizaron las medidas necesarias para el cumplimiento del indicador. Para el mes de JUNIO se asignaron 14 citas de primera vez de cirugía general, dando un tiempo promedio de espera de 10.29 días, comparado con el mes anterior AUMENTA en 6.92 días, para este periodo se programaron por cuadro de turno 80 horas para un numero de 240 citas, para este periodo se cumple la meta nominal que está a 15 días, se realizaron las medidas necesarias para el cumplimiento del indicador.
			Tiempo promedio de Espera para la Asignación de Cita de Pediatría.	2,2	4	Profesional Especializado Servicios Ambulatorios	1,85	1,93	1,9	100%	Para el mes de ABRIL, el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de primera vez está a 2.54 días, indicador que aumenta en 0.09 días comparado con el mes anterior, se ha evidenciado que el volumen de solicitud de consulta fluctúa mes a mes, toda vez que se están direccionando a los usuarios para otras IPS del departamento. Para este mes se cumple con el indicador que está establecido a 5 días. Para el mes de MAYO, el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de primera vez está a 1.88 días, indicador que DISMINUYE en 0.66 días comparado con el mes anterior, se ha evidenciado que el volumen de solicitud de consulta fluctúa mes a mes, toda vez que se están direccionando a los usuarios para otras IPS del departamento. Para este mes se cumple con el indicador que está establecido a 5 días.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											Para el mes de JUNIO, el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de primera vez está a 1.38 días, indicador que DISMINUYE en 0.5 días comparado con el mes anterior, se ha evidenciado que el volumen de solicitud de consulta fluctúa mes a mes, toda vez que se están direccionando a los usuarios para otras IPS del departamento. Para este mes se cumple con el indicador que está establecido a 5 días.
			Tiempo promedio de Espera para la Asignación de Cita de Medicina Interna.	9,7	10	Profesional Especializado Servicios Ambulatorios	6,35	9,24	7,8	100%	Para el mes de ABRIL, se asignaron 4 citas de primera vez de medicina interna, 16 citas menos que el mes anterior, dando un tiempo promedio de espera de 10 días, el indicador DISMINUYE en 3.3 días, se cumple con la meta nominal que está establecida en 10 días, para este periodo aunque no contamos con talento humano suficiente para cubrir la demanda generada por las aseguradoras, ya que la prioridad es la urgencia y hospitalización, se han realizado agendas adicionales para el cumplimiento de la atención a los usuarios y desde la subgerencia científica se vienen adelantando gestiones para contratación de internistas y así mejorar la prestación del servicio. Para el mes de MAYO, se asignaron 65 citas de primera vez de medicina interna, 61 citas más que el mes anterior, dando un tiempo promedio de espera de 9.37 días, el indicador DISMINUYE en 0.63 días, se cumple con la meta nominal que está establecida en 10 días, para este periodo aunque no contamos con talento humano suficiente para cubrir la demanda generada por las aseguradoras, ya que la prioridad es la urgencia y hospitalización, se han realizado agendas adicionales para el cumplimiento de la atención a los usuarios y desde la subgerencia científica se vienen adelantando gestiones para contratación de internistas y así mejorar la prestación del servicio. Para el mes de JUNIO, se asignaron 26 citas de primera vez de medicina interna, 39 citas menos que el mes anterior, dando un tiempo promedio de espera de 8.35 días, el indicador DISMINUYE en 1.02 días, se cumple con la meta nominal que está establecida en 10 días, para este periodo aunque no contamos con talento humano suficiente para cubrir la demanda generada por las aseguradoras, ya que la prioridad es la urgencia y hospitalización, se han realizado agendas adicionales para el cumplimiento de la atención a los usuarios y desde la subgerencia científica se vienen adelantando gestiones para contratación de internistas y así mejorar la prestación del servicio.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
			Proporción de usuarios que recomienda la IPS a un familiar o amigo	98,0	90	Profesional Universitario SIAU	97,32	97,72	97,5	100%	El indicador “Proporción de usuarios que recomiendan la IPS” para el mes de abril de 2026 alcanzó un resultado de 98,7%, evidenciando una percepción favorable frente a la atención y los servicios prestados por la institución. En comparación con el mes de marzo, donde el indicador se ubicó en 99%, se presenta una brecha negativa de 0,3 puntos porcentuales, variación mínima que refleja la persistencia de oportunidades de mejora en algunos servicios de alta demanda, principalmente relacionadas con tiempos de espera, capacidad instalada y oportunidad en la atención. A pesar de esta leve disminución, el resultado evidencia que la mayoría de los usuarios continúan manifestando confianza en la institución y recomendarían la IPS a familiares y conocidos, manteniéndose el indicador dentro de niveles satisfactorios para el periodo evaluado. Durante el mes de mayo de 2026, la Proporción de Usuarios que Recomiendan la IPS a un Familiar o Amigo alcanzó un resultado de 96,9%, correspondiente a 747 usuarios que manifestaron recomendar la institución, frente a un total de 771 encuestas aplicadas. Este resultado evidencia que la mayoría de los usuarios mantiene una percepción favorable de los servicios recibidos y conserva la confianza en la institución como prestadora de servicios de salud. Al comparar el comportamiento con el mes de abril de 2026, cuando el indicador alcanzó un resultado de 98,7%, se observa una disminución de 1,8 puntos porcentuales, pasando de 98,7% a 96,9%. La brecha frente al resultado del mes anterior se encuentra asociada principalmente a las inconformidades registradas en servicios de alta demanda, especialmente Urgencias, donde persisten observaciones relacionadas con tiempos de espera para atención médica, disponibilidad de camillas, oportunidad en la asignación de camas hospitalarias, comodidad de pacientes y acompañantes, infraestructura sanitaria y tiempos de salida. De igual manera, se identificaron observaciones en procesos administrativos y de apoyo, relacionadas con oportunidad en la atención, accesibilidad y condiciones de comodidad durante la prestación de los servicios.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											A pesar de la disminución observada, el resultado alcanzado continúa siendo favorable, manteniéndose por encima del 95%, lo que refleja que los usuarios conservan una percepción positiva de la atención recibida y de la capacidad institucional para responder a sus necesidades en salud. No obstante, el comportamiento del indicador evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo las acciones de mejoramiento dirigidas a la oportunidad de la atención, el bienestar y confort de los usuarios, la gestión de la capacidad instalada y la comunicación efectiva durante el proceso asistencial, con el fin de recuperar los niveles alcanzados en períodos anteriores y fortalecer la experiencia de atención de los usuarios y sus familias. Durante el mes de junio de 2026, la proporción de usuarios que recomendarían la IPS a un familiar o amigo alcanzó un resultado de 97,56%, equivalente a 759 usuarios que manifestaron su intención de recomendar la institución, mientras que 19 usuarios indicaron que no la recomendarían, generando una brecha de 2,44 puntos porcentuales frente al cumplimiento esperado del 100%. Al comparar este resultado con el mes de mayo de 2026, cuando el indicador fue de 96,4%, se evidencia un incremento de 1,16 puntos porcentuales, lo que refleja una mejor percepción de los usuarios frente a la calidad de los servicios prestados y una disminución de la brecha de recomendación, pasando de 3,6% en mayo a 2,44% en junio. Este comportamiento está asociado al fortalecimiento de la satisfacción en la mayoría de los servicios asistenciales, especialmente en Gestión del Cuidado Crítico (99,9%), Banco de Sangre (99,8%), Rehabilitación (98,9%), Imagenología (98,9%), Cirugía (98,6%) y Hospitalización (97,4%). No obstante, el servicio de Urgencias continúa representando la principal oportunidad de mejora institucional, debido a las inconformidades relacionadas con la oportunidad en la atención, disponibilidad de camillas, tiempos de espera para hospitalización, comodidad de pacientes y acompañantes y capacidad instalada, aspectos que continúan impactando la percepción global de los usuarios y requieren seguimiento mediante los planes de mejoramiento institucional.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
			Porcentaje de exámenes validados oportunamente de la muestra definida.	93,6	85	Coordinador Laboratorio Clínico	94,22	92,26	93,2	100%	Para el mes de Abril 2026, se toma una muestra de 11552 exámenes de los cuales se valida oportunamente 94.2%. El indicador cumple con la meta establecida, aumentando un poco la oportunidad un 1.7% con respecto al mes de Marzo, indicando un leve aumento en la inoportunidad pero aún superando la meta máxima del indicador de medida. A pesar del buen comportamiento del indicador, se sigue presentando el más alto porcentaje de inoportunidad en el grupo de 70 minutos creatinina y uroanálisis, donde la creatinina es la que incrementa la inoportunidad. Como novedad, tenemos para esta vigencia la disminución de remisiones y aumentando la muestra seleccionada para el análisis y seguimiento. Así mismo, informar que no se tuvo en cuenta exámenes con inoportunidad mayor a 12 horas verificando casos puntuales como exámenes remitidos, doble ingreso por error o ingresos desde el servicio de urgencias, situación que incrementó el tiempo hasta la recepción de muestras al servicio del Laboratorio Clínico. Para el análisis correspondiente al mes, se evidencia una disminución considerable de las remisiones. Lo anterior, debido a la gestión de insumos y cumplimiento en acuerdos de pago con el proveedor principal. Para el mes de Mayo 2026, se toma una muestra de 12062 exámenes de los cuales se valida oportunamente 93.9%. El indicador cumple con la meta establecida, aumentando un poco la oportunidad un 0.3% con respecto al mes de Abril, indicando un leve aumento en la inoportunidad pero aun superando la meta máxima del indicador de medida. A pesar del buen comportamiento del indicador, se sigue presentando el más alto porcentaje de inoportunidad en el grupo de 70 minutos creatinina y uroanálisis, donde la creatinina es la que incrementa la inoportunidad. Como novedad, tenemos para esta vigencia la disminución de remisiones y aumentando la muestra seleccionada para el análisis y seguimiento. Así mismo, informar que no se tuvo en cuenta exámenes con inoportunidad mayor a 12 horas verificando casos puntuales como exámenes remitidos, doble ingreso por error o ingresos desde el servicio de urgencias, situación que incrementó el tiempo hasta la recepción de muestras al servicio del Laboratorio Clínico. Para el análisis correspondiente al mes, se evidencia una disminución considerable de las remisiones. Lo anterior, debido a

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											la gestión de insumos y cumplimiento en acuerdos de pago con el proveedor principal. Para el mes de Junio 2026, se toma una muestra de 11789 exámenes de los cuales se valida oportunamente 88.6%. El indicador cumple con la meta establecida, disminuyendo la oportunidad un 5.4% con respecto al mes de Mayo, indicando un aumento en la inoportunidad pero aun superando la meta máxima del indicador de medida, indicando que el proceso sigue siendo seguro y eficiente. La caída del 5.4% en junio no se debe necesariamente a un empeoramiento del trabajo, sino a que el laboratorio comenzó a medirse de forma más estricta (60 minutos) para los exámenes críticos Cuadro Hemático, PT y PTT con el fin de optimizar la toma de decisiones médicas y acelerar el manejo clínico de pacientes en la Institución.
			Oportunidad de entrega de los resultados de Rayos X a los servicios de Hospitalización y Urgencias	17,8	24	Profesional Especializado GAA	8,61	8,65	8,6	100%	La producción de este indicador durante el mes de ABRIL fue de 1689 RX Tomados y entregados y/o leídos en los servicios de Urgencias e Internaciones; se evidencia una DISMINUCION de 104 RX comparado con el mes de marzo, el indicador arroja 8.68 horas, indicador que aumenta 0.06 horas con respecto al mes anterior, donde se evidencia el cumplimiento dado a que la meta nominal está establecida a 24 horas, ha sido efectivo el seguimiento permanente para mejorar la oportunidad en las lecturas. La producción de este indicador durante el mes de MAYO fue de 1.824 RX Tomados y entregados y/o leídos en los servicios de Urgencias e Internaciones; se evidencia un AUMENTO de 135 RX comparado con el mes de abril, el indicador arroja 8.60 horas, indicador que disminuye 0.08 horas con respecto al mes anterior, donde se evidencia el cumplimiento dado a que la meta nominal está establecida a 24 horas, ha sido efectivo el seguimiento permanente para mejorar la oportunidad en las lecturas. La producción de este indicador durante el mes de JUNIO fue de 1.691 RX Tomados y entregados y/o leídos en los servicios de Urgencias e Internaciones; se evidencia una DISMINUCION de 133 RX comparado con el mes de mayo, el indicador arroja 8.67 horas, indicador que aumenta 0.07 horas con respecto al mes anterior, donde se evidencia el cumplimiento dado a que la meta nominal esta establecida a 24 horas, ha sido efectivo el seguimiento permanente para mejorar la oportunidad en las lecturas.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
			Tiempo promedio de espera para la toma de ecografías.	0,36	3	Profesional Especializado GAA	0,35	0,36	0,4	100%	En el mes de ABRIL se realizaron 169 ecografías por consulta externa, se realiza 1 estudio menos que el mes anterior, con un tiempo promedio de espera de 0.36 días, indicador que aumenta 0.01 días con respecto al mes anterior, el volumen de ecografías ambulatorias fluctúa mes a mes dependiendo de la contratación con las aseguradoras en especial con sanidad militar y policía los cuales remiten bastantes usuarios. Se cumple con la meta nominal que esta establecida a tres días. En el mes de MAYO se realizaron 160 ecografías por consulta externa, se realiza 9 estudios menos que el mes anterior, con un tiempo promedio de espera de 0.36 días, indicador que se mantiene estable con respecto al mes anterior, el volumen de ecografías ambulatorias fluctúa mes a mes dependiendo de la contratación con las aseguradoras en especial con sanidad militar y policía los cuales remiten bastantes usuarios. Se cumple con la meta nominal que esta establecida a tres días. En el mes de JUNIO se realizaron 124 ecografías por consulta externa, se realiza 36 estudios menos que el mes anterior, con un tiempo promedio de espera de 0.35 días, indicador DISMINUYE en 0.01 días con respecto al mes anterior, el volumen de ecografías ambulatorias fluctúa mes a mes dependiendo de la contratación con las aseguradoras en especial con sanidad militar y policía los cuales remiten bastantes usuarios. Se cumple con la meta nominal que esta establecida a tres días.
	Mejora de la Experiencia del Paciente y su familia con programas de atención personalizada que consideren las necesidades y preferencias individuales de los pacientes .	1. Estrategia de atención personalizada diseñada e implementada con enfoque en las necesidades individuales de los pacientes. 2. Medición periódica de la experiencia del paciente y su familia con análisis de satisfacción y oportunidades de mejora. 3. Informe de Medición del Clima Organizacional	% de quejas, reclamos y sugerencias resueltas oportunamente	100	100	Profesional Universitario SIAU	100	100	100,0	100%	En relación con las manifestaciones recibidas durante el periodo evaluado, se registraron un total de 35 PQRFS, distribuidas en 29 quejas y reclamos y 6 felicitaciones, evidenciando un incremento en el número de inconformidades respecto a meses anteriores, principalmente asociadas a oportunidad en la atención, tiempos de espera, comodidad de las instalaciones y comunicación con el usuario. Frente al indicador de oportunidad en la respuesta de las PQRFS, se identificaron dificultades para garantizar el cierre oportuno de algunos requerimientos, relacionadas principalmente con demoras en la retroalimentación por parte de los servicios responsables, retrasos en la consolidación de soportes y conceptos técnicos requeridos para la elaboración de respuestas institucionales, así como alta carga administrativa en algunos procesos asistenciales y administrativos.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											Adicionalmente, se evidencian limitaciones asociadas a la articulación entre áreas para la recolección de información necesaria en el análisis de casos, especialmente en situaciones que requieren revisión detallada de historia clínica, validación de procesos asistenciales o emisión de conceptos por varias especialidades y líderes de proceso. En relación con las manifestaciones recibidas durante el mes de mayo de 2026, se registraron un total de 16 PQRSF pertinentes, distribuidas en 14 quejas y reclamos (87,5%) y 2 felicitaciones (12,5%). Durante el período no se registraron peticiones ni sugerencias. Al comparar el comportamiento con el mes de abril de 2026, cuando se reportaron 35 manifestaciones, se evidencia una disminución de 19 registros, equivalente a una reducción del 54,3%, situación que refleja una menor cantidad de inconformidades formalmente interpuestas por los usuarios durante el período evaluado. La principal dificultad para responder oportunamente estuvo ligada con el tiempo de los líderes y la alta demanda de pacientes que incide en las respuestas oficiales y verificación de la información. Durante el mes de junio de 2026, el indicador de oportunidad en la respuesta a las manifestaciones ciudadanas alcanzó un cumplimiento del 100%, evidenciando que la totalidad de las PQRSF susceptibles de respuesta fueron gestionadas dentro de los términos establecidos en la normatividad vigente. Al comparar este resultado con el mes de mayo de 2026, el indicador permanece sin variación, manteniendo un cumplimiento del 100% y una brecha de 0 puntos porcentuales frente al período anterior. Este comportamiento cobra mayor relevancia si se considera que durante junio se presentó un incremento del 62,5% en el número de manifestaciones recibidas, pasando de 16 PQRSF en mayo a 26 en junio, sin que ello afectara la oportunidad en la gestión y emisión de las respuestas. Los resultados evidencian el fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento implementados por el proceso de Atención al Usuario y el compromiso de los líderes responsables en la gestión oportuna de las manifestaciones ciudadanas, garantizando el cumplimiento de los tiempos de respuesta establecidos y contribuyendo al

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											fortalecimiento de la confianza de los usuarios en los canales institucionales para la presentación de sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias
			Proporción de Satisfacción Global de los usuarios	94,1	90	Profesional Universitario SIAU	93,51	94,69	94,1	100%	Durante el mes de abril de 2026 se aplicaron un total de 627 encuestas de satisfacción a usuarios de los diferentes servicios de la institución. De estos, 587 usuarios manifestaron estar satisfechos con la atención recibida, lo que corresponde a un índice de satisfacción global del 93,6%, resultado que continúa reflejando una percepción favorable frente a la calidad de los servicios prestados por la institución. En comparación con el mes de marzo, donde el nivel de satisfacción global fue de 95,6%, se evidencia una disminución de 2 puntos porcentuales, comportamiento asociado principalmente al incremento de inconformidades registradas en servicios de alta demanda, especialmente urgencias, consulta externa y cirugía. En el análisis por servicios, el área de Urgencias presentó el menor nivel de satisfacción, registrando un 75,7%, con una insatisfacción del 24,3%, manteniéndose como el servicio con mayores oportunidades de mejora. Las principales inconformidades se relacionan con la oportunidad en la atención, tiempos de espera, disponibilidad de camas, comodidad de pacientes y acompañantes y procesos administrativos derivados de la alta demanda del servicio. Durante el mes de mayo de 2026 se aplicaron un total de 771 encuestas de satisfacción a usuarios de los diferentes servicios de la institución. De estos, 731 usuarios manifestaron estar satisfechos con la atención recibida, lo que corresponde a un índice de satisfacción global del 94,8%, resultado que refleja una percepción favorable frente a la calidad de los servicios prestados por la institución. En comparación con el mes de abril, cuando el indicador de satisfacción global alcanzó el 93,6%, se evidencia un incremento de 1,2 puntos porcentuales, comportamiento asociado al fortalecimiento de la percepción positiva de los usuarios en la mayoría de los servicios evaluados, destacándose Banco de Sangre, Gestión del Cuidado Crítico, Cirugía, Rehabilitación y Consulta Externa. No obstante, el servicio de Urgencias continúa representando la principal oportunidad de mejora institucional debido a las inconformidades relacionadas con oportunidad en la

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											atención, disponibilidad de camillas, comodidad para pacientes y acompañantes y tiempos de espera para hospitalización. Urgencias presentó el menor nivel de satisfacción con un 71,5%, registrando una insatisfacción del 28,5%, manteniéndose como el servicio con mayores oportunidades de mejora. Durante el mes de junio de 2026 se aplicaron un total de 778 encuestas de satisfacción a usuarios y acompañantes de los diferentes servicios asistenciales del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. Del total de encuestados, 744 manifestaron encontrarse satisfechos con la atención recibida, alcanzando un índice de satisfacción global del 95,63%, mientras que el 4,37% expresó algún nivel de insatisfacción frente a los servicios evaluados. Al comparar este resultado con el mes de mayo de 2026, en el cual el indicador de satisfacción global también se ubicó en 95,63%, se evidencia un comportamiento estable, sin variaciones porcentuales entre ambos periodos. Este resultado refleja el mantenimiento de una percepción favorable por parte de los usuarios respecto a la calidad de los servicios prestados, así como la continuidad de las acciones institucionales orientadas al fortalecimiento de la atención, la seguridad del paciente, la humanización y el mejoramiento continuo.
Pago oportuno a contratistas y proveedores.	Mejorar la rotación de las cuentas por pagar a contratistas y proveedores.	1. Giros efectuados dentro de los plazos establecidos, garantizando la oportunidad en los pagos. 2. Indicador de rotación de cuentas por pagar diseñado, medido y analizado periódicamente. 3. Informe de cumplimiento de pagos con análisis de tiempos y gestión de mejoras. 4. Estrategia de	Oportunidad en el pago a contratistas	0,1	60	Tesorera General	0,14	0,1	0,1	100%	Con corte al 31 de marzo de 2026, el indicador de oportunidad de pago al personal contratista refleja el efecto de la causación de cuentas por pagar realizada al cierre del trimestre, así como la presentación extemporánea de documentos para la legalización y trámite de pago por parte de algunos contratistas. A pesar de estas situaciones, la institución ha mantenido el cumplimiento de sus obligaciones mediante una adecuada gestión del flujo de recursos, priorizando los pagos al personal vinculado a la prestación de servicios. No obstante, la demora en la recepción de recursos por concepto de giro directo ha limitado la posibilidad de mantener al día el pago de la totalidad de las obligaciones con contratistas. Con corte a la fecha, se registran 298 cuentas por pagar a contratistas.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Asegurar la rentabilidad operativa de la empresa.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
		optimización del flujo de caja implementada para garantizar la sostenibilidad en los pagos.	Oportunidad en el pago a proveedores	5,38	190	Tesorera General	3,4	1,41	2,4	100%	Con corte al 30 de junio de 2026, el indicador de oportunidad de pago a proveedores refleja un tiempo promedio de pago acorde con la meta institucional de hasta 180 días. A la fecha se registran 128 cuentas por pagar dentro del rango máximo establecido. Este indicador resulta de dividir la sumatoria de los días de las cuentas por pagar entre el total de obligaciones pendientes, lo que permite determinar el plazo promedio de pago a los proveedores. Este resultado refleja una gestión eficiente del flujo de recursos institucionales, permitiendo el cumplimiento oportuno de los compromisos financieros adquiridos con funcionarios, contratistas y proveedores.

OBJETIVO ESTRATÉGICO	2. Mejorar la eficiencia y eficacia en los proceso de Atención.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
Evaluación y Optimización de los Procesos de Atención a través de la Mejora Continua	Evaluar la adherencia a guías y protocolos.	1. Instrumentos de medición y evaluación aplicados según el cronograma del proceso de Mejoramiento Continuo. 2. Informe de resultados con análisis de adherencia a guías y protocolos.	Proporción de Adherencia a Protocolos	89,5	92	Profesional Seguridad del Paciente	0	90	45,0	98%	Durante el I semestre 2026, la adherencia global a los protocolos de Seguridad del Paciente fue del 90%, resultado obtenido a partir de la evaluación de los protocolos institucionales priorizados, este comportamiento evidencia el cumplimiento de la meta institucional; sin embargo, refleja la necesidad de continuar fortaleciendo las acciones de mejora para alcanzar niveles de adherencia superiores y garantizar la estandarización de las prácticas seguras en todos los servicios. En el análisis por protocolo se evidenció un desempeño satisfactorio en Cirugía Segura (99%), Seguridad en la Administración de Medicamentos (95%), Prevención de Úlceras por Presión (93%), Toma Segura de Muestras (92%), Aislamiento de Pacientes (91%), Canalización, mantenimiento y retirada de catéter venoso periférico (91%) y Lavado de Manos (90%), resultados que reflejan una adecuada apropiación de las prácticas institucionales orientadas a la seguridad del paciente. No obstante, se identifican oportunidades de mejora en los

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

2. Mejorar la eficiencia y eficacia en los proceso de Atención.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											protocolos de Identificación Redundante del Paciente (85%), Consentimiento Informado (85%), Prevención de Caídas (83%) y Acción ante la Fuga de Pacientes (76%), este último con el menor porcentaje de adherencia, estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer el cumplimiento de las actividades definidas en los protocolos, especialmente en los servicios que presentaron menores niveles de adherencia, con el fin de disminuir el riesgo de incidentes y eventos adversos. Desde el Programa de Seguridad del Paciente se continuará con el desarrollo de auditorías de adherencia, retroalimentación a los servicios, acompañamiento en sitio y capacitación al personal asistencial, orientadas al fortalecimiento de la cultura de seguridad, la estandarización de los procesos y la implementación de acciones de mejora que permitan incrementar el cumplimiento de los protocolos institucionales y mantener una atención segura y de calidad.
	Fortalecimiento de competencias técnicas al personal asistencial.	1. Plan de capacitación aprobado y ejecutado con enfoque en competencias técnicas. 2. Evaluaciones de desempeño aplicadas conforme a la normatividad vigente. 3. Informe de evaluación con acciones de mejora implementadas.	Porcentaje de cumplimiento Plan de Capacitación	93,4	70	Jefe Oficina de Talento Humano	100	100	100,0	100%	Durante el primer trimestre de la vigencia 2026 se ejecutó el 100% (42 de 42) de las capacitaciones programadas en el Plan Institucional de Capacitación, en cumplimiento del Decreto 1083 de 2015. Este resultado refleja una adecuada planificación y ejecución de las actividades de formación, evidenciando el cumplimiento de las metas institucionales para el fortalecimiento de las competencias del talento humano.
			Cobertura del plan de capacitaciones	86,9	80	Jefe Oficina de Talento Humano	96,73	100	98,4	100%	Durante el segundo trimestre de 2026, el indicador de cobertura del Plan Institucional de Capacitación alcanzó un 100%, con la realización de 42 convocatorias y la participación de los colaboradores programados. Este resultado evidencia una alta cobertura y el compromiso del talento humano con los procesos de formación institucional, fortaleciendo el desarrollo de competencias y el cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación.
	Programas de Educación para la Salud: Ofrecer programas educativos sobre prevención de enfermedades,	1. Programación de actividades de capacitación en prevención, manejo de condiciones crónicas y promoción de la salud. 2. Registro y evidencias de capacitaciones	No de Jornadas de educación en salud	12	10	Subgerente Científico	4	1	2,5	50%	Durante el segundo trimestre de la vigencia se realizó 1 jornada de educación en salud sobre la atención de Trastornos hipertensivos en el embarazo al personal de urgencias. Se evidencia su cumplimiento mediante Acta No. 105-168 del 22 de mayo de 2026

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

2. Mejorar la eficiencia y eficacia en los proceso de Atención.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	manejo de condiciones crónicas y promoción de la salud, tanto en el hospital como en la comunidad .	realizadas a usuarios y sus familias. 3. Evaluación del impacto de los programas educativos en la comunidad.									
	Realizar seguimiento a la efectividad clínica de los egresos hospitalarios.	1. Informe consolidado de registros de llamadas y seguimiento a pacientes egresados de cirugías ambulatorias y hospitalización. 2. Acciones de mejora formuladas e implementadas según los hallazgos del seguimiento.	Porcentaje de usuarios satisfechos con el buen trato brindado.	94	90	Profesional Universitario SIAU	93,47	94,68	94,1	100%	Durante el primer trimestre de 2026 se obtuvo un índice de satisfacción global del 94,68%, con resultados mensuales del 93,6% en ABRIL, 94,8% en MAYO y 95,6% en JUNIO; lo anterior representa un total de 2.062 usuarios satisfechos con la atención recibida, cumpliendo así con la meta institucional establecida para este indicador.
	Atención Integral y Coordinada para abordar todas las necesidades del paciente, desde el diagnóstico hasta la rehabilitación .	Evaluación de historias clínicas mediante el informe de medición de la adherencia a través de las rondas de Seguridad del paciente.	No. De informes de medición presentados	4	4	Profesional Especializado Gestión de Calidad	1	1	2,0	50%	Se evidencia la evaluación de las historias clínicas al servicio de Urgencias mediante Acta N.º 140 del 21 de mayo de 2026.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

3. Optimizar la gestión del Recurso físico y logístico.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
Implementar un Sistema Eficiente de Gestión e inversión de Recursos físicos y Logística	Construcción, remodelación, adecuación del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. de Florencia Caquetá. Acorde a las necesidades de servicios planteadas.	Porcentaje de avance físico de ejecución	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	3%	30%	Jefe Oficina Asesora de Planeación	8,43%	1,62%	8,43%	5%	Se reporta avance físico de la obra teniendo en cuenta el informe de seguimiento realizado por el área de Mantenimiento
	Gestión para la reposición del Tomógrafo del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	Concepto técnico de viabilidad	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	0	100,00%	100%	La viabilidad del proyecto se logró en el primer trimestre
	Adquisición del equipo	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado		1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	0	0,00%	0%	El proyecto se encuentra en proceso de contratación
	Gestión para la adquisición de (3) ambulancias de Transporte Asistencial Medicalizada, para el Hospital Departamental María Inmaculada.	Asignación de recursos	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	0	0,00%	0%	El proyecto esta viabilizado por parte del MSPS pero a la fecha no cuenta asignación de recursos
	Gestión para la Adquisición y dotación de los equipos de simulación en educación médica para la E.S.E. Hospital Departamental María Inmaculada de	Radicación de proyecto	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	0	0,00%		Proyecto pendiente

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

3. Optimizar la gestión del Recurso físico y logístico.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	Florencia - Caquetá										
	Gestión del proyecto para la adquisición de la Unidad Móvil para la captación de sangre de HDMI	Radicación de proyecto	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	0	100,00%	100%	La radicación del proyecto se realizó en el primer trimestre
	Gestión para la adquisición del sistema de llamado de enfermería audible y visible, para el HDMI.	Radicación de proyecto	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	0,5	25%	50%	Se encuentra en proceso de revisión presupuestal.
	Proyecto de dotación Hospitalización IV	Radicación de proyecto	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	0	0,00%	0%	El proyecto se encuentra en proceso de estructuración, pero este será formulado por la Secretaría de Salud Departamental
	Suministro e Instalación de Ascensor Camero para la sede principal del HDMI.	Ascensor entregado e instalado	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	0	100,00%	100%	Ascensor instalado y entregado en el primer trimestre
	Mejoramiento de la infraestructura de red de datos del Hospital María Inmaculada y sus centros de salud.	Proyecto viabilizado	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	0	0,00%	0%	Proyecto en proceso de subsanación de observaciones realizadas por el MSPS
	Gestión de proyectos para el	Concepto técnico de viabilidad del CS Morelia	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	0	100,00%	100%	Meta cumplida en el primer trimestre

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

3. Optimizar la gestión del Recurso físico y logístico.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	mejoramiento de la infraestructura de los Centros y Puestos de Salud Adscritos al HDML.	Asignación de recursos del Puesto de Salud Reina Baja	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	0	100,00%	100%	Meta cumplida en el primer trimestre
		Asignación de recursos del Puesto de Salud de San Isidro	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	0	100,00%	100%	Meta cumplida en el primer trimestre
	Gestión para la Adquisición de equipamiento para el banco de leche humana del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. del Departamento del Caquetá.	Formulación del proyecto	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	0	0,00%	0%	Se encuentra en proceso de recopilación de información para iniciar la formulación
	Gestión para la Dotación hospitalaria de la segunda torre del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.	Formulación del proyecto	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	0	0,00%	0%	Formulación del proyecto programada para el mes de septiembre
	Gestión para Construcción de la planta de tratamiento de aguas residuales PTAR del Hospital Departamental María Inmaculada	Proyecto radicado	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	1	100,00%	100%	Proyecto radicado el 7 de julio del 2026
		Proyecto viabilizado	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	0,5	0,00%	50%	El proyecto se encuentra en proceso de revisión por parte del MSPS
	Gestión para la Adquisición de equipos biomédicos	Adquisición de los equipos	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	0	0,00%	0%	El proyecto fue radicado ante el ministerio y se encuentra en proceso de concepto de viabilidad

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

3. Optimizar la gestión del Recurso físico y logístico.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	para el fortalecimiento de servicios del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.										
	Construcción del nuevo Centro de Salud sede la UNION PENEYA del Municipio de la Montañita, Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.	Proyecto formulado	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	1	100,00%	100%	Proyecto formulado y presentado al MSPS
		Proyecto radicado	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	1	0,00%	100%	Proyecto radicado el 05 de mayo del 2026
	Gestión de la Construcción del nuevo centro de salud sede La Montañita del Municipio de la Montañita, ESE Hospital Departamental María Inmaculada	Gestión adquisición del lote	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0,5	0,5	50,00%	50%	Se encuentra en proceso de adquisición del lote
		Radicación de proyecto del CS La Montañita	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	0	0,00%	0%	En proceso de estructuración para la concertación de la capacidad instalada.
	Gestión de la CONSTRUCCIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE AGUA BONITA - MUNICIPIO LA MONTAÑITA, ETCR AGUA BONITA	Proyecto gestionado	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	0	0,00%	0%	Pendiente de respuesta del cooperante internacional GIZ

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

3. Optimizar la gestión del Recurso físico y logístico.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	Gestión para la Adecuación, dotación e instalación del servicio de telemedicina y renovación tecnológica	Habilitación del servicio	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	0	0,00%	0%	El proyecto se encuentra suspendido por solicitud del Ministerio de Salud.
		Entrega de equipos	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	0	0,00%	0%	El proyecto se encuentra suspendido por solicitud del Ministerio de Salud.
		Asignación de recursos	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	0	0,00%	0%	Proyecto viabilizado por el MSPS, sin embargo no cuenta con asignación de recursos
	Proyecto para la construcción de Salud Mental	Aprobación capacidad instalada	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	0	100,00%	100%	Meta cumplida en el primer trimestre
		Formulación del proyecto	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	1	100,00%	100%	Proyecto formulado en el primer trimestre, en el segundo se han realizado los respectivos ajustes
		Radicación de proyecto	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	1	0,00%	100%	Se realizo la radicación del proyecto el 23 de junio del 2026
	Proyecto para dotación de equipos biomédicos (Rayos X y ecógrafo)	Proyecto radicado	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	1	0,00%	100%	El proyecto se encuentra radicado desde el 16 de junio del 2026
	Proyecto Hospitalización IV	Asignación de recursos	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	1	0,00%	100%	La gobernación del Caquetá realizo la asignación de recursos al HDMI
	Dotación de equipos biomédicos para los centros de salud	Formulación de proyecto del CS La Montañita	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	0	100,00%	100%	Proyecto formulado en el primer trimestre.
		Radicación de proyecto del CS La Montañita	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	0	100,00%	100%	Proyecto radicado en el primer trimestre

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

3. Optimizar la gestión del Recurso físico y logístico.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
		Formulación de proyecto del CS Morelia	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	0	100,00%	100%	Proyecto formulado en el primer trimestre.
		Radicación de proyecto del CS Morelia	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	0	100,00%	100%	Proyecto radicado en el primer trimestre

4. Expandir el portafolio de servicios especializados a alta complejidad.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
Desarrollar, mejorar e Implementar un Plan de Expansión de Servicios Especializados.	Ofertar nuevos servicios de mediana y alta complejidad que demande la población y/o Usuarios	1. REPS actualizado por cada servicio de salud que se aperture para su habilitación	REPS actualizado y/o con novedades realizadas con constancia de habilitación.	1	1	Profesional Especializado Gestión de Calidad	1	1	2	100%	REPS vigente del 13 de febrero de 2026.
		2. Portafolio de servicios	Portafolio de servicios actualizado y publicado	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	1	1	100%	Portafolio actualizado con códigos CUPS disponible en la página web: https://hmi.gov.co/portafolio-de-servicios/
		3. Oferta de prestación de servicios actualizado	Ofertas presentadas a las EAPB debidamente actualizadas con todos los servicios prestados por el HDMI	4	4	Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	1	1	25%	Durante el II trimestre se han remitido ofertas de servicios a: · POSITIVA · AXA COLPATRIA · SEGUROS MUNDIAL

% de cumplimiento II trimestre: 72%

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

Perspectiva

Procesos Internos

Políticas

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

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1. Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.									
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
Fortalecimiento de la cultura de seguridad.	Seguimiento a los eventos que vulneren la seguridad	1. Análisis de eventos adversos conforme al programa de seguridad del paciente, con identificación de causas y medidas correctivas. 2. Informe anual de seguridad del paciente, con evaluación de tendencias, incidentes y acciones implementadas. 3. Indicadores de seguridad diseñados y analizados, reflejando el cumplimiento de protocolos y áreas de mejora. 4. Plan de acción basado en hallazgos, con estrategias correctivas y seguimiento a la implementación (semestral). 5. Seguimiento a los avances del programa de Seguridad del Paciente a través del Comité.	Proporción de Pacientes no Identificados Correctamente	0,1	1,5	Profesional Especializado Gestión de Calidad	0,085	0,137	0,1	100%	Durante el mes de Abril de 2026, se registró un total 3,800 egresos hospitalarios de los cuales se evidencian 2 pacientes sin manilla de identificación y 1 con manilla mal diligenciada para un total de 3 manillas detectadas mediante búsquedas activas, estos casos corresponden al servicio de: 2 INTERNACION II 1 HOSPITALIZACION TRANSITORIA Los casos fueron corregidos de forma inmediata y se realizó retroalimentación al personal involucrado para fortalecer el cumplimiento del protocolo. Durante el mes de Mayo de 2026, se registró un total 3,826 egresos hospitalarios de los cuales se evidencian 2 pacientes sin manilla de identificación y 4 con manilla mal diligenciada para un total de 6 manillas detectadas mediante búsquedas pasivas, estos casos corre memorando – Registro de actas de autocontrol en Daruma sponden al servicio de: 2 CIRUGIA 1 OBSERVACION DE URGENCIAS 3 HOSPITALIZACION TRANSITORIA Los casos fueron corregidos de forma inmediata y se realizó retroalimentación al personal involucrado para fortalecer el cumplimiento del protocolo. Durante el mes de Junio de 2026, se registró un total 3,447 egresos hospitalarios de los cuales se evidencian 2 pacientes sin manilla de identificación y 2 con manilla mal diligenciada para un total de 4 manillas, 3 detectadas mediante búsquedas pasivas, 1 por búsqueda activa, estos casos corresponden al servicio de: 1 CIRUGIA 1 INTERNACION II 1 OBSERVACION DE URGENCIAS 1 HOSPITALIZACION TRANSITORIA Los casos fueron corregidos de forma inmediata y se realizó retroalimentación al personal involucrado para fortalecer el

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											cumplimiento del protocolo.
			Tasa De Eventos Adversos Institucional	9,9	10	Profesional Especializado Gestión de Calidad	8,43	11,22	8,4	88%	Desde el Programa de Seguridad del Paciente se continúa con la socialización del protocolo institucional de identificación y se mantienen acciones permanentes de sensibilización dirigidas al personal asistencial, enfatizando la importancia de la aplicación rigurosa de estas medidas como estrategia fundamental para prevenir eventos adversos relacionados con errores en la identificación de pacientes. Para Abril de 2026, la tasa de eventos adversos por cada 1.000 egresos fue de 7,89 resultado de 30 eventos adversos prevenibles identificados sobre un total de 3,800 egresos, en comparación con los meses previos, se evidencia un incremento en la tasa del indicador, comportamiento que no necesariamente refleja un deterioro en la seguridad de la atención, sino una mejora en la capacidad institucional de detección, trazabilidad y análisis de los eventos. Los 30 sucesos clasificados como eventos adversos fueron analizados mediante herramientas institucionales de gestión del riesgo, como el Protocolo de Londres y el análisis de espina de pescado, de acuerdo con la naturaleza de cada caso, identificándose en su totalidad como eventos adversos prevenibles, este hallazgo reafirma la necesidad de continuar fortaleciendo las barreras de seguridad, la adherencia a protocolos y la cultura institucional de prevención. Desde el Programa de Seguridad del Paciente se mantiene la ejecución de BAI (Búsquedas Activas Institucionales) y las estrategias de sensibilización dirigidas al personal misional, enfocadas en la adherencia a protocolos institucionales, el fortalecimiento de prácticas seguras y la promoción de la cultura del reporte. Estas acciones continúan siendo fundamentales, ya que permiten identificar fallas en la atención, generar oportunidades de mejora y establecer acciones preventivas orientadas a mitigar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. Durante el mes de mayo de 2026, la institución registró una tasa de 9,93 eventos adversos por cada 1.000 egresos hospitalarios, correspondiente a 38 eventos adversos prevenibles identificados sobre un total de 3.826 egresos. En comparación con los periodos anteriores, se observa un incremento en la tasa del indicador; sin

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											embargo, este comportamiento puede estar asociado al fortalecimiento de las estrategias institucionales de búsqueda activa, reporte, trazabilidad y análisis de los eventos, favoreciendo una mayor identificación de riesgos y oportunidades de mejora en la atención. La totalidad de los eventos fue analizada mediante herramientas institucionales de gestión del riesgo, como el Protocolo de Londres y el diagrama de causa y efecto (espina de pescado), identificándose factores contribuyentes relacionados con el incumplimiento de protocolos, fallas en la adherencia a las barreras de seguridad y oportunidades de mejora en los procesos asistenciales. Al tratarse de eventos adversos prevenibles, los resultados reafirman la necesidad de continuar fortaleciendo la adherencia a los protocolos institucionales y la implementación de barreras de seguridad en los diferentes servicios. En respuesta a estos hallazgos, el Programa de Seguridad del Paciente mantiene la ejecución de las Búsquedas Activas Institucionales (BAI) y las estrategias de capacitación, acompañamiento y retroalimentación dirigidas al personal asistencial, orientadas a fortalecer la cultura del reporte no punitivo, promover el cumplimiento de las prácticas seguras y consolidar acciones de mejora que contribuyan a disminuir la ocurrencia de eventos adversos prevenibles y a fortalecer la calidad y seguridad de la atención. Durante el mes de junio de 2026, la institución registró una tasa de 15,83 eventos adversos por cada 1.000 egresos hospitalarios, correspondiente a 38 eventos adversos prevenibles identificados sobre un total de 2.400 egresos. En comparación con los periodos anteriores, se observa un incremento en la tasa del indicador; sin embargo, este comportamiento puede estar asociado al fortalecimiento de las estrategias institucionales de búsqueda activa, reporte y análisis de los eventos, favoreciendo una mayor identificación de riesgos y oportunidades de mejora en la atención. La totalidad de los eventos fue analizada mediante herramientas institucionales de gestión del riesgo, como el Protocolo de Londres y el diagrama de causa y efecto (espina de pescado), identificándose factores contribuyentes relacionados con el incumplimiento de protocolos, fallas en la adherencia a las

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1. Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											barreras de seguridad y oportunidades de mejora en los procesos asistenciales. Al tratarse de eventos prevenibles, los resultados reafirman la importancia de continuar fortaleciendo la cultura de seguridad y la gestión del riesgo institucional. En respuesta a estos hallazgos, el Programa de Seguridad del Paciente mantiene la ejecución de las Búsquedas Activas Institucionales (BAI), el análisis sistemático de los eventos y las estrategias de capacitación y retroalimentación dirigidas al personal asistencial, orientadas a fortalecer la adherencia a los protocolos institucionales, promover el reporte oportuno y consolidar acciones de mejora que contribuyan a reducir la ocurrencia de eventos adversos prevenibles y a garantizar una atención cada vez más segura.
			Razón de Eventos de Seguridad	4,6	15	Profesional Especializado Gestión de Calidad	4,45	3,6	4,5	100%	La razón de eventos de seguridad para el periodo evaluado es de 4,47; es decir que, por cada 4 incidentes aproximadamente, se materializa 1 evento adverso, resultado que permanece por debajo de la meta mínima establecida del indicador. Durante el mes de Abril de 2026, se notificaron mediante el aplicativo para el registro y gestión de eventos adversos, una totalidad de 134 incidentes y 30 eventos adversos. Sin embargo, desde el programa de seguridad del paciente se continúan realizando BAI, y sensibilizando al personal misional sobre la importancia de adherirse a los protocolos institucionales y aumentar la cultura del reporte ya que mediante este mecanismo se puede identificar y crear oportunidades de mejora que ayuden a mitigar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. La razón de eventos de seguridad para el periodo evaluado es de 3,53; es decir que, por cada 3 incidentes aproximadamente, se materializa 1 evento adverso, resultado que permanece por debajo de la meta mínima establecida del indicador. Durante el mes de mayo de 2026, se notificaron mediante el aplicativo para el registro y gestión de eventos adversos, una totalidad de 134 incidentes y 38 eventos adversos. Sin embargo, desde el programa de seguridad del paciente se continúan realizando BAI, y sensibilizando al personal misional sobre la importancia de adherirse a los protocolos institucionales

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											y aumentar la cultura del reporte ya que mediante este mecanismo se puede identificar y crear oportunidades de mejora que ayuden a mitigar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. La razón de eventos de seguridad para el periodo evaluado es de 2,8; es decir que, por cada 3 incidentes aproximadamente, se materializa 1 evento adverso, resultado que permanece por debajo de la meta mínima establecida del indicador. Durante el mes de Junio de 2026, se notificaron mediante el aplicativo para el registro y gestión de eventos adversos, una totalidad de 151 incidentes y 54 eventos adversos. Sin embargo, desde el programa de seguridad del paciente se continúan realizando BAI, y sensibilizando al personal misional sobre la importancia de adherirse a los protocolos institucionales y aumentar la cultura del reporte ya que mediante este mecanismo se puede identificar y crear oportunidades de mejora que ayuden a mitigar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.
			Tasa de Infección intrahospitalaria	0,2	2,0	Epidemióloga	0,153	0,33	0,2	100%	Falta el reporte del mes de junio
			Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	1,0	0,95	Profesional Especializado GUO	1,00	1	1,0	100%	Durante el mes de ABRIL de 2026, el 100 % de las mortalidades registradas fueron analizadas por el coordinador del servicio de urgencias, quien hace parte del Comité de Seguridad del Paciente, garantizando la revisión sistemática de cada caso. En el periodo evaluado se presentaron 30 muertes, distribuidas de la siguiente manera en los diferentes servicios de hospitalización: Hospitalización 1: 2 caso Hospitalización 2: 2 casos Hospitalización 3: 4 casos Hospitalización transitoria: 5 casos Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): 13 casos UCIN: 3 casos QUIROFANO: 1 caso. Durante la atención, los pacientes recibieron manejo clínico acorde con su condición, siguiendo los protocolos institucionales y las Guías de Práctica Clínica (GPC). En relación con la edad de los pacientes, la mayoría de los casos correspondieron a personas mayores de 60 años, cuyas muertes estuvieron asociadas a comorbilidades y patologías de base, se registraron 9 casos en pacientes menores de 60 años, de estos

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											casos se eniva 1 caso a revision de seguridad del paciente por tratarse de una muerte en quirofano secundaria a procedimiento quirurgico , ademas se evidencia 3 muestres en recien nacidos secundarioa prematurez extrema, os demas casos corresponden a (ACV, LEUCEMI LINFOBLASTICA, TBC PULMONAR Y COMPLICACIONES ASOCIADAS, EPOC , ICC) . ANALISIS MES DE ABRIL. Durante el mes de MAYO de 2026, el 100 % de las mortalidades registradas fueron analizadas por el coordinador del servicio de urgencias, quien hace parte del Comité de Seguridad del Paciente, garantizando la revisión sistemática de cada caso. En el periodo evaluado se presentaron 42 muertes, distribuidas de la siguiente manera en los diferentes servicios de hospitalización: Hospitalización 2: 2 casos Hospitalización 3: 15 casos Hospitalización transitoria: 12 casos Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): 12 casos UCIN: 1 casos . Durante la atención, los pacientes recibieron manejo clínico acorde con su condición, siguiendo los protocolos institucionales y las Guías de Práctica Clínica (GPC). En relación con la edad de los pacientes, la mayoría de los casos correspondieron a personas mayores de 60 años, cuyas muertes estuvieron asociadas a comorbilidades y patologías de base, se registraron 12 casos en pacientes menores de 60 años, de estos casos 3 pacientes con enfermedades oportunistas por VIH, 1 Paciente por intoxicacion por paraquat , 1 neonato por prematurez extrema 1 pediatrico por seculeas secundarias a parálisis cerebral, demas casos corresponden a (ACV , , TBC PULMONAR Y COMPLICACIONES ASOCIADAS, EPOC , ICC) . Durante el mes de JUNIO de 2026, el 100 % de las mortalidades registradas fueron analizadas por el coordinador del servicio de urgencias, quien hace parte del Comité de Seguridad del Paciente, garantizando la revisión sistemática de cada caso. En el periodo evaluado se presentaron 42 muertes, distribuidas de la siguiente manera en los diferentes servicios de hospitalización: Hospitalización 2: 4 casos Hospitalización 3: 11 casos Hospitalización transitoria: 8 casos Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): 19 casos . Durante la atención, los pacientes recibieron manejo clínico acorde con su condición, siguiendo los protocolos institucionales y las Guías de Práctica Clínica (GPC). En relación con la edad de los pacientes, la mayoría de los casos correspondieron a personas mayores de 60 años, cuyas muertes

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											estuvieron asociadas a comorbilidades y patologías de base, se registraron 11 casos en pacientes menores de 60 años, estos casos corresponden a (ACV, , TBC PULMONAR Y COMPLICACIONES ASOCIADAS, EPOC, ICC, HTA, DM) .
			Razón de Mortalidad Materna	0,0	0	Epidemióloga	107,87	0	107,9	100%	Durante el período evaluado se registró una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 0 decesos por cada 100.000 nacidos vivos, cumpliendo con la meta de cero tolerancia institucional ante la mortalidad evitable. Este resultado técnico evidencia la efectividad de las guías de atención integral, la oportunidad en la activación de códigos de emergencia obstétrica y la competencia del talento humano en salud. La ausencia de eventos debe interpretarse como un logro de gestión operativa que requiere continuidad y sostenibilidad en el monitoreo del riesgo obstétrico.
			No. de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0,0	0	Profesional Especializado GUO	0,00	0	0	100%	Durante el segundo trimestre no se presentaron casos de pacientes pediátricos con neumonía broncoaspirativa de origen intrahospitalario, se cumple con la meta nominal.
			Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	N/A	90	Médico Hospitalario	0	0	0,0	0%	Indicador de reporte anual
			Evaluación de Aplicación De Guía En El Manejo De Los Trastorno Hipertensivos En Gestantes	86,1	90	Profesional Seguridad del Paciente	91,75	90,87	91,3	100%	Durante el segundo trimestre del año 2026, se evaluaron un total de 95 historias clínicas de pacientes que presentaron cifras tensionales fuera de los rangos esperados o con tendencia a la hipertensión. De estas, 23 historias clínicas cumplieron con los criterios de severidad establecidos para la aplicación de la lista de verificación correspondiente al manejo de trastornos hipertensivos en el embarazo. El porcentaje de adherencia calculado fue del 90%, valor que para este trimestre presenta un descenso de 2 puntos porcentuales con respecto al trimestre anterior, aun así, se ubica en la meta nominal establecida por la institución confirmando así una atención segura en salud. Dentro de los principales hallazgos, se identificó ausencia en la descripción detallada y orientada del examen físico, la monitorización de parámetros clínicos importantes como los reflejos osteotendinosos, frecuencia respiratoria y estado

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											neurológico y el inicio oportuno de Labetalol como medicamento de primera elección en el manejo de crisis hipertensiva. Desde la oficina de seguridad del paciente se realiza trimestralmente retroalimentación de los hallazgos del presente análisis al personal encargado de brindar atención a mujeres gestantes. Lo anterior con el fin de mitigar los riesgos que de esta atención se deriven y disminuir la tasa de morbilidad materna perinatal.
			Evaluación de aplicación de guía en el manejo del código rojo y/o hemorragias del III trimestre en gestantes	84,9	90	Profesional Seguridad del Paciente	93,42	79,87	86,6	89%	En el segundo trimestre del año 2026, se evaluaron en su totalidad las historias clínicas de 13 mujeres que presentaron hemorragia obstétrica. Se evidenció que 6 de estas cumplían con los criterios establecidos en la guía para el manejo de la hemorragia obstétrica “código rojo”, y todas cursaban con una edad gestacional mayor a 27 semanas. El valor de adherencia calculado para este trimestre fue del 80%, lo que evidencia un descenso significativo de trece puntos porcentual en comparación con el primer trimestre del año en curso, ubicándose por debajo de la meta nominal establecida por la institución. Dentro de los principales hallazgos se identificaron deficiencias en el registro clínico, especialmente en aspectos críticos del manejo inicial de la hemorragia obstétrica. Se evidenció la ausencia de documentación en acciones como la clasificación del tipo de shock, cuantificación de la pérdida sanguínea, elevación de los miembros inferiores a 15°, canalización del segundo acceso venoso, realización del masaje uterino bimanual, administración y evaluación de bolos de cristaloideos, infusión continua posterior al alcance de metas de tensión arterial sistólica, así como la colocación de mantas térmicas. Desde la oficina de seguridad del paciente se realiza retroalimentación de los resultados de este análisis de manera trimestral con el personal encargado de la atención de las pacientes gestantes, a fin de establecer planes de mejora que den lugar a lograr una atención segura y oportuna a las pacientes gestantes.
			Porcentaje de muestras que no cumplen con los criterios de calidad.	0,06	0,8	Coordinador Laboratorio Clínico	0,13	0,12	0,1	100%	Para el mes de Abril de 2026, se tomaron 42198 muestras. Para el mes, se encontró un registro de 0.14 % de muestras rechazadas. El indicador cumple con la muestra establecida y no tiene brecha. Se evidencia un leve aumento en el reporte realizado del formato Inspección de muestras LC-F-41, mejora

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.									
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											comparado con el mes anterior el subregistro de reportes de rechazo de muestras evidenciado por el histórico que se maneja que está por encima del 0.1%, esto es debido a que el personal Auxiliar manifiesta todos los meses no tener tiempo, debido a bloqueos en el sistema, pues deben ingresar muchos exámenes de manera manual en la plataforma Annar, generando largos procesos que no les permite realizar otras actividades. Se evidencia que es necesario estar recordando al personal generar el hábito de registrar las actividades realizadas en cada uno de los turnos. Para el mes de Mayo de 2026, se tomaron 40693 muestras. Para el mes, se encontró un registro de 0.10 % de muestras rechazadas. El indicador cumple con la muestra establecida y no tiene brecha. Se evidencia un leve aumento en el reporte realizado del formato Inspección de muestras LC-F-41, mejora comparado con el mes anterior el subregistro de reportes de rechazo de muestras evidenciado por el histórico que se maneja que está por encima del 0.1%, esto es debido a que el personal Auxiliar manifiesta todos los meses no tener tiempo, debido a bloqueos en el sistema, pues deben ingresar muchos exámenes de manera manual en la plataforma Annar, generando largos procesos que no les permite realizar otras actividades. Se evidencia que es necesario estar recordando al personal generar el hábito de registrar las actividades realizadas en cada uno de los turnos. Para el mes de Junio de 2026, se tomaron 39540 muestras. Para el mes, se encontró un registro de 0.12 % de muestras rechazadas. El indicador cumple con la muestra establecida y no tiene brecha. Se evidencia un leve aumento en el reporte realizado del formato Inspección de muestras LC-F-41, mejora comparado con el mes anterior el subregistro de reportes de rechazo de muestras evidenciado por el histórico que se maneja que está por encima del 0.1%, esto es debido a que el personal Auxiliar manifiesta todos los meses no tener tiempo, debido a bloqueos en el sistema, pues deben ingresar muchos exámenes de manera manual en la plataforma Annar, generando largos procesos que no les permite realizar otras actividades. Se evidencia que es necesario estar recordando al personal generar el hábito de registrar las actividades realizadas en cada uno de los turnos.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1. Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
			Proporción de flebitis asociada a catéter periférico	0,11	1,5	Profesional Seguridad del Paciente	0,10	0,22	0,2	100%	ABRIL: Durante el mes evaluado, de un total de 3.800 egresos hospitalarios, mediante los mecanismos de búsqueda activa y pasiva no se identificaron eventos de flebitis reportados, por lo cual no se registran eventos adversos asociados a este indicador en los servicios evaluados. No obstante, es importante considerar que este resultado puede estar sujeto a variaciones, dado que existe la posibilidad de subregistro, ya sea por la no notificación de la totalidad de los casos a través del aplicativo de eventos o por la no detección durante las Búsquedas Activas Institucionales (BAI). El equipo de salud continúa fortaleciendo las estrategias de vigilancia epidemiológica, especialmente mediante la búsqueda activa de casos, lo cual permite una detección más oportuna y precisa, facilitando la implementación de intervenciones tempranas orientadas a la mejora de la calidad de la atención. De manera complementaria, se desarrollan actividades educativas enfocadas en la prevención de la flebitis, de acuerdo con el protocolo institucional, y se promueve una cultura de reporte no punitiva, que contribuye al fortalecimiento de servicios de salud seguros y humanizados. MAYO: Durante el mes evaluado de un total de 3826 egresos hospitalarios, se identificaron mediante Búsqueda activa y pasiva; 8 flebitis clasificados como eventos adversos prevenibles, las cuales corresponden al servicio: 1 UCIA 1 INTERNACION I 3 INTERNACION III 3 HOSPITALIZACION TRANSITORIA Sin embargo, este dato puede variar siendo posible el no reporte de la totalidad de las flebitis mediante el aplicativo de eventos y tampoco detectadas en las BAI; lo anterior implicaría un subregistro del evento. Es importante destacar que el equipo de salud continúa fortaleciendo las estrategias de vigilancia epidemiológica mediante la búsqueda activa de casos, lo que permite una detección más oportuna y precisa, y facilita intervenciones tempranas para mejorar la calidad de la atención, de forma complementaria, se desarrollan actividades educativas

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1. Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											orientadas a la prevención de la flebitis, conforme al protocolo institucional, y se promueve una cultura del reporte no punitiva, que contribuye a la mejora continua en la prestación de servicios de salud seguros y humanizados. JUNIO: Durante el mes evaluado, con un total de 3.447 egresos hospitalarios, se confirmaron 15 casos de flebitis, clasificados como eventos adversos prevenibles, identificados mediante búsqueda activa y pasiva, los casos se distribuyeron en los siguientes servicios: Internación II (5), Internación I (3), Expansión II (2), Hospitalización Transitoria (2), Observación de Urgencias (2) e Internación III (1). El comportamiento del indicador evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias de prevención y vigilancia de la terapia intravenosa, especialmente en los servicios con mayor número de casos. Asimismo, se reconoce la posibilidad de subregistro, debido a que algunos eventos pueden no ser reportados mediante el aplicativo institucional ni identificados durante la búsqueda activa institucional. En respuesta a estos hallazgos, el Programa de Seguridad del Paciente mantiene el fortalecimiento de las actividades de capacitación, seguimiento y retroalimentación al personal asistencial sobre la adherencia al protocolo de canalización, mantenimiento y retirada de catéteres venosos periféricos, promoviendo además una cultura de reporte no punitiva que favorezca la identificación oportuna de los eventos y la implementación de acciones de mejora encaminadas a reducir la ocurrencia de flebitis asociadas a la atención en salud.
			Proporción de fuga de pacientes	0,2	1,00	Profesional Seguridad del Paciente	0,52	0,46	0,5	100%	ABRIL: Durante el mes de Abril de 2026, la proporción de fuga de pacientes en la institución fue de 0,37 por cada 100 egresos hospitalarios, lo que evidencia el cumplimiento de la meta establecida para este indicador. Sin embargo, es importante precisar que, aunque en el aplicativo institucional para el reporte y gestión de eventos adversos solo se registraron (10 casos) eventos de fuga por búsqueda pasiva, a través de la base de datos de Búsqueda Activa Institucional (BAI), liderada por el Programa de Seguridad del Paciente, se identificaron 4 para un total de 14 eventos, esta situación evidencia una discrepancia entre las fuentes de información y sugiere la presencia de subregistro, posiblemente asociada a la

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1. Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											baja adherencia al protocolo institucional y a la falta de reporte oportuno de este tipo de eventos. Adicionalmente, se identifican como factores contribuyentes la alta rotación del personal asistencial y la contingencia continua por sobreocupación del servicio de urgencias, condiciones que pueden impactar en la adherencia a los procesos de vigilancia, notificación y control de este tipo de eventos. En este sentido, la institución continúa fortaleciendo las estrategias orientadas a la prevención, detección y reporte de eventos de fuga, mediante acciones educativas dirigidas al personal asistencial, en concordancia con los lineamientos establecidos. Asimismo, se promueve el fortalecimiento de una cultura de reporte no punitiva, con el fin de incentivar la notificación oportuna y completa de los eventos, contribuyendo al mejoramiento continuo de la calidad y la seguridad en la prestación de los servicios de salud. MAYO: Durante el mes de mayo de 2026, la institución presentó una proporción de fuga de pacientes de 0,47 por cada 100 egresos hospitalarios, resultado que evidencia el cumplimiento de la meta institucional establecida para este indicador. Durante el periodo se confirmaron 18 eventos de fuga de pacientes, de los cuales 9 fueron reportados mediante búsqueda pasiva en el aplicativo institucional y 9 fueron identificados mediante búsqueda activa, evidenciando oportunidades de mejora en la oportunidad del reporte, los eventos se distribuyeron en Internación I (1), Unidad Mental (3), Hospitalización Transitoria (5) y Observación de Urgencias (9), predominando los eventos adversos, con cuatro casos clasificados como incidentes. El análisis evidencia que la sobreocupación del servicio de urgencias, la alta rotación del personal asistencial y las dificultades para mantener una vigilancia continua de los pacientes constituyen factores que favorecen la ocurrencia y el subregistro de estos eventos, en respuesta, el Programa de Seguridad del Paciente continúa fortaleciendo las estrategias de prevención, vigilancia y reporte oportuno de las fugas,

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											promoviendo la adherencia al protocolo institucional y una cultura de seguridad basada en el reporte no punitivo. JUNIO: Durante el periodo se confirmaron 16 eventos de fuga de pacientes, de los cuales 7 fueron reportados mediante búsqueda pasiva en el aplicativo institucional y 9 fueron identificados mediante búsqueda activa, evidenciando oportunidades de mejora en la oportunidad del reporte, los eventos se distribuyeron en: Unidad Mental (1), Hospitalización Transitoria (6) y Observación de Urgencias (9), 1 fue clasificado como Incidente, los restantes clasificados como eventos adversos prevenibles, el análisis evidencia que la sobreocupación del servicio de urgencias, la alta rotación del personal asistencial y las dificultades para mantener una vigilancia continua de los pacientes constituyen factores que favorecen la ocurrencia y el subregistro de estos eventos, en respuesta, el Programa de Seguridad del Paciente continúa fortaleciendo las estrategias de prevención, vigilancia y reporte oportuno de las fugas, promoviendo la adherencia al protocolo institucional y una cultura de seguridad basada en el reporte no punitivo.
			Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	0,0	0,15	Profesional Seguridad del Paciente	0,00	0	0,0	100%	Durante el mes de Abril de 2026, se atendieron 2.185 personas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, en este periodo, no se registraron caídas en el aplicativo de eventos adversos, lo cual indica el cumplimiento de la meta mínima establecida para este indicador, así como la efectividad de las estrategias de prevención implementadas. Durante el mes de Mayo de 2026, se atendieron 2.626 personas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, en este periodo, no se registraron caídas en el aplicativo de eventos adversos, lo cual indica el cumplimiento de la meta mínima establecida para este indicador, así como la efectividad de las estrategias de prevención implementadas. Durante el mes de Junio de 2026, se atendieron 3.159 personas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, en este periodo, no se registraron caídas en el aplicativo de eventos adversos, lo cual indica el cumplimiento de la meta mínima establecida para este indicador, así como la efectividad de las estrategias de prevención implementadas. En este sentido, desde el Programa de Seguridad del Paciente se mantiene el compromiso con la vigilancia activa a través de las

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.									
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											visitas de Búsqueda Activa Institucional (BAI), y se continúa fortaleciendo la sensibilización del personal misional sobre la importancia de reforzar e implementar de manera sostenida las medidas preventivas orientadas a evitar caídas en este contexto asistencial.
			Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	0,0	0,15	Profesional Seguridad del Paciente	0,00	0	0,0	100%	Durante el mes de Abril de 2026, se atendieron 1.800 personas en el servicio de consulta externa, sin que se registraran eventos de caída en el aplicativo institucional, este resultado indica el cumplimiento de la meta mínima establecida para el indicador y sugiere que las estrategias de seguridad orientadas a la prevención de caídas han sido efectivas durante el periodo analizado. Durante el mes de Mayo de 2026, se atendieron 2.004 personas en el servicio de consulta externa, sin que se registraran eventos de caída en el aplicativo institucional, este resultado indica el cumplimiento de la meta mínima establecida para el indicador y sugiere que las estrategias de seguridad orientadas a la prevención de caídas han sido efectivas durante el periodo analizado. Durante el mes de Junio de 2026, se atendieron 1.748 personas en el servicio de consulta externa, sin que se registraran eventos de caída en el aplicativo institucional, este resultado indica el cumplimiento de la meta mínima establecida para el indicador y sugiere que las estrategias de seguridad orientadas a la prevención de caídas han sido efectivas durante el periodo analizado. En coherencia con este objetivo, desde el Programa de Seguridad del Paciente se mantiene activa la realización de visitas de Búsqueda Activa Institucional (BAI) y se continúa con las acciones de sensibilización al personal misional, con el fin de fortalecer la implementación y sostenibilidad de las medidas preventivas frente al riesgo de caídas en este nivel de atención.
			Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	0,02	2,0	Profesional Seguridad del Paciente	0	0	0,0	100%	Durante el mes de Abril de 2026, se atendieron 4.181 usuarios en el servicio de urgencias, en este periodo, no se registraron eventos de caídas en el aplicativo institucional para el reporte y gestión de eventos adversos, lo que representa el cumplimiento de la meta establecida para este indicador. Durante el mes de Mayo de 2026, se atendieron 4.255 usuarios en el servicio de urgencias, en este periodo, no se registraron

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1. Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											eventos de caídas en el aplicativo institucional para el reporte y gestión de eventos adversos, lo que representa el cumplimiento de la meta establecida para este indicador. Durante el mes de Junio de 2026, se atendieron 4.042 usuarios en el servicio de urgencias, en este periodo, no se registraron eventos de caídas en el aplicativo institucional para el reporte y gestión de eventos adversos, lo que representa el cumplimiento de la meta establecida para este indicador. Sin embargo, es importante considerar la posible existencia de subregistro, asociado a la no adherencia en el reporte oportuno de eventos por parte del personal asistencial, en este sentido, desde el Programa de Seguridad del Paciente se continúan fortaleciendo las acciones orientadas a promover la cultura de reporte, resaltando la importancia de la notificación completa y oportuna de los eventos adversos. A pesar de los resultados obtenidos, se mantiene la retroalimentación constante al personal, haciendo énfasis en: • La educación al paciente y su familia frente al riesgo de caídas. • La implementación de la escala de valoración del riesgo de caídas. • La identificación adecuada de los pacientes con riesgo, conforme a los lineamientos institucionales. Estas acciones buscan garantizar la adherencia a los protocolos y mejorar la calidad del registro y seguimiento de los eventos, contribuyendo al fortalecimiento de la seguridad del paciente.
			Proporción de adherencia a protocolos	89,5	92	Profesional Especializado Gestión de Calidad	0	90	0,0	98%	Durante el I semestre 2026, la adherencia global a los protocolos de Seguridad del Paciente fue del 90%, resultado obtenido a partir de la evaluación de los protocolos institucionales priorizados, este comportamiento evidencia el cumplimiento de la meta institucional; sin embargo, refleja la necesidad de continuar fortaleciendo las acciones de mejora para alcanzar niveles de adherencia superiores y garantizar la estandarización de las prácticas seguras en todos los servicios. En el análisis por protocolo se evidenció un desempeño satisfactorio en Cirugía Segura (99%), Seguridad en la

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											Administración de Medicamentos (95%), Prevención de Úlceras por Presión (93%), Toma Segura de Muestras (92%), Aislamiento de Pacientes (91%), Canalización, mantenimiento y retirada de catéter venoso periférico (91%) y Lavado de Manos (90%), resultados que reflejan una adecuada apropiación de las prácticas institucionales orientadas a la seguridad del paciente. No obstante, se identifican oportunidades de mejora en los protocolos de Identificación Redundante del Paciente (85%), Consentimiento Informado (85%), Prevención de Caídas (83%) y Acción ante la Fuga de Pacientes (76%), este último con el menor porcentaje de adherencia, estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer el cumplimiento de las actividades definidas en los protocolos, especialmente en los servicios que presentaron menores niveles de adherencia, con el fin de disminuir el riesgo de incidentes y eventos adversos. Desde el Programa de Seguridad del Paciente se continuará con el desarrollo de auditorías de adherencia, retroalimentación a los servicios, acompañamiento en sitio y capacitación al personal asistencial, orientadas al fortalecimiento de la cultura de seguridad, la estandarización de los procesos y la implementación de acciones de mejora que permitan incrementar el cumplimiento de los protocolos institucionales y mantener una atención segura y de calidad.
			Tasa de úlceras por presión	0,35	0,5	Profesional Seguridad del Paciente	0,33	0,39	0,3	100%	Durante el mes de Abril de 2026 se evidenció cumplimiento de la meta del indicador, establecida en un valor máximo de 1,00. La institución registró una tasa de 0,30 por cada 1.000 días de estancia, calculada sobre un total de 9.860 días de estancia, lo que refleja un comportamiento favorable en términos de calidad y seguridad del paciente. Durante el periodo se identificaron 3 casos de úlceras por presión, detectados mediante búsquedas pasivas, clasificados como EVENTOS ADVERSOS PREVENIBLES, estos casos corresponden al servicio de: 1 INTERNACION I 2 UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO Durante el mes de Mayo de 2026 se evidenció cumplimiento de la meta del indicador, establecida en un valor máximo de 1,00. La institución registró una tasa de 0,86 por cada 1.000 días de

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											estancia, calculada sobre un total de 10.461 días de estancia, lo que refleja un comportamiento favorable en términos de calidad y seguridad del paciente. Durante el mes de mayo se identificaron 9 casos de úlceras por presión, detectados mediante búsquedas pasivas, clasificados como EVENTOS ADVERSOS PREVENIBLES, estos casos corresponden al servicio de: 2 INTERNACION III 1 INTERNACION II 2 HOSPITALIZACION TRANSITORIA 4 UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO Durante el mes de junio de 2026 se registraron 9.763 días de estancia en los servicios de hospitalización, en este periodo no se presentaron úlceras por presión adquiridas en la institución, por lo que se obtuvo una tasa de 0,00 por cada 1.000 días de estancia, evidenciando el cumplimiento de la meta institucional establecida para este indicador. Este resultado refleja un comportamiento favorable en la implementación de las estrategias institucionales para la prevención de lesiones por presión, particularmente en la valoración oportuna del riesgo, la aplicación de medidas preventivas y el seguimiento de los pacientes con mayor vulnerabilidad. Desde el Programa de Seguridad del Paciente se continuará realizando el seguimiento a la adherencia del protocolo institucional, fortaleciendo las actividades de capacitación, retroalimentación y monitoreo permanente al personal asistencial, con el fin de mantener estos resultados y prevenir la ocurrencia de nuevos casos.
			Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	0,38	0,5	Profesional Seguridad del Paciente	0,22	0,32	0,2	100%	Durante el mes de Abril de 2026, se registraron 9.860 días de estancia en los servicios de hospitalización, con base en estos datos, se obtuvo una tasa de caídas de 0,10%, lo cual representa cumplimiento de la meta establecida para este indicador. Durante el periodo evaluado se presento 1 caída en la Unidad de Obstetricia clasificados como: EVENTOS ADVERSOS NO PREVENIBLES.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.									
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											Durante el mes de mayo de 2026 se registraron 10.461 días de estancia en los servicios de hospitalización. Con base en este comportamiento, se obtuvo una tasa de caídas de 0,57 por cada 1.000 días de estancia, resultado que evidencia el cumplimiento de la meta institucional establecida para este indicador. En el periodo evaluado se presentaron seis (6) caídas de pacientes, distribuidas de la siguiente manera: dos (2) en el servicio de Internación I, clasificadas como eventos adversos no prevenibles; una (1) en Expansión II, clasificada igualmente como evento adverso no prevenible; una (1) en Sala de Partos, clasificada como incidente, al no generar daño al paciente; una (1) en la Unidad Mental, clasificada como evento adverso prevenible, una (1) en Hospitalización Transitoria, clasificada como evento adverso no prevenible, al identificarse oportunidades de mejora en la adherencia a las medidas de prevención establecidas. Durante el mes de junio de 2026 se registraron 9.763 días de estancia en los servicios de hospitalización, con base en este comportamiento, se obtuvo una tasa de caídas de 0,20 por cada 1.000 días de estancia, resultado que evidencia el cumplimiento de la meta institucional establecida para este indicador. Durante el periodo evaluado se presentaron dos (2) caídas de pacientes, ambas en el servicio de Hospitalización Transitoria, de acuerdo con el análisis realizado, un (1) caso fue clasificado como evento adverso no prevenible y un (1) caso como incidente, al no ocasionar daño al paciente. El análisis de los eventos evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo la adherencia a las medidas institucionales de prevención de caídas, especialmente en pacientes con mayor riesgo, en respuesta a estos hallazgos, el Programa de Seguridad del Paciente mantiene la retroalimentación permanente al personal asistencial, enfatizando la aplicación oportuna de la escala de riesgo de caídas, la educación al paciente y su familia, la correcta identificación visual de los pacientes con riesgo y el cumplimiento de las intervenciones establecidas en el protocolo institucional, con el propósito de reducir la ocurrencia de estos eventos y fortalecer la seguridad de la atención.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutiveidad clínica y la seguridad del paciente.	1. Análisis de eventos adversos según el programa de seguridad del paciente. 2. Informe semestral sobre seguridad del paciente. 3. Diseño y/o análisis de indicadores de seguridad. 4. Plan de acción basado en los hallazgos.	Porcentaje de pacientes con Estancia en el Servicio de Observación de urgencias mayor 24 hrs	24,97	15,0	Profesional Especializado GUO	20,92	29,42	20,9	4%	Durante el mes de ABRIL se atendieron 3919 pacientes en el servicio de urgencias, de los cuales 1106 permanecieron más de 24 horas en el servicio, lo que corresponde al 28.2 % del total de pacientes atendidos. Este resultado representa un aumento del 6 % con respecto al mes anterior, superando la meta nominal establecida del 15 %. Es importante precisar que este indicador incluye pacientes que ya han sido valorados por una especialidad y cuentan con orden de hospitalización, pero que permanecen en el servicio de urgencias a la espera de disponibilidad de cama en los diferentes servicios de hospitalización. Durante el mes de MAYO se atendieron 3957 pacientes en el servicio de urgencias, de los cuales 1155 permanecieron más de 24 horas en el servicio, lo que corresponde al 29.18 % del total de pacientes atendidos. Este resultado representa un aumento del 1 % con respecto al mes anterior, superando la meta nominal establecida del 15 %. Es importante precisar que este indicador incluye pacientes que ya han sido valorados por una especialidad y cuentan con orden de hospitalización, pero que permanecen en el servicio de urgencias a la espera de disponibilidad de cama en los diferentes servicios de hospitalización. Durante el mes de JUNIO se atendieron 3447 pacientes en el servicio de urgencias, de los cuales 1063 permanecieron más de 24 horas en el servicio, lo que corresponde al 30.8 % del total de pacientes atendidos. Este resultado representa un aumento del 1.62 % con respecto al mes anterior, superando la meta nominal establecida del 15 %. Es importante precisar que este indicador incluye pacientes que ya han sido valorados por una especialidad y cuentan con orden de hospitalización, pero que permanecen en el servicio de urgencias a la espera de disponibilidad de cama en los diferentes servicios de hospitalización. El comportamiento del indicador se encuentra impactado por factores externos e internos. Entre los factores externos se destaca la mayor afluencia de pacientes asociada a la crisis del sistema de salud a nivel regional y nacional, relacionada con dificultades en la red de prestación de servicios y en las EPS, lo que genera una mayor demanda de atención en la institución. Dentro de los factores internos, se identifica principalmente la NO disponibilidad de camas hospitalarias por el pobre GIRO CAMA Y EGRESOS HOSPITALARIOS por complejidad de sus patologías, lo cual dificulta el traslado oportuno de los pacientes desde urgencias

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											hacia hospitalización, generando mayores tiempos de estancia en el servicio de urgencias.
			Oportunidad en la atención del triage II en urgencias	35,16	25,0	Profesional Especializado GUO	23,99	24,03	24,0	100%	Durante el mes de ABRIL , el tiempo promedio de espera para la atención de los pacientes clasificados como TRIAGE II, medido desde la solicitud de atención hasta el momento de su clasificación, fue de 23.8 minutos, resultado que se encuentra por debajo de la meta nominal establecida de 25 minutos. Cabe resaltar que, al momento de la medición, no todos los pacientes habían sido clasificados por el servicio de triage. Durante el periodo evaluado se clasificaron 136 pacientes como TRIAGE II, lo que representa una DISMINUCION de 45 pacientes en comparación con el mes de MARZO en el cual se registraron 181 pacientes en esta categoría, se retroalimenta a medicos generales con la finalidad de mejorar tiempos de atencion. Durante el mes de MAYO, el tiempo promedio de espera para la atención de los pacientes clasificados como TRIAGE II, medido desde la solicitud de atención hasta el momento de su clasificación, fue de 23.1 minutos, resultado que se encuentra por debajo de la meta nominal establecida de 25 minutos. Cabe resaltar que, al momento de la medición, no todos los pacientes habían sido clasificados por el servicio de triage. Durante el periodo evaluado se clasificaron 159 pacientes como TRIAGE II, lo que representa una AUMENTO de 23 pacientes en comparación con el mes de ABRIL en el cual se registraron 136 pacientes en esta categoría, se retroalimenta a medicos generales con la finalidad de mejorar tiempos de atencion. Durante el mes de JUNIO, el tiempo promedio de espera para la atención de los pacientes clasificados como TRIAGE II, medido desde la solicitud de atención hasta el momento de su clasificación, fue de 25.28 minutos, resultado que se encuentra por FUERA de la meta nominal establecida de 25 minutos. Cabe resaltar que, al momento de la medición, no todos los pacientes habían sido clasificados por el servicio de triage. Durante el periodo evaluado se clasificaron 107 pacientes como TRIAGE II, lo que representa una DISMINUCION de 52 pacientes en comparación con el mes de MAYO en el cual se registraron 159 pacientes en esta categoría, se retroalimenta a medicos generales con la finalidad de mejorar tiempos de atencion y la utilizacion de nota retrospectiva y hora real de la atencion.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
			Oportunidad en la realización de Apendicetomía.	0,96	0,95	Subgerente Científico	0,92	0,96	0,9	100%	ABRIL: La gran mayoría de pacientes se lograron realizar durante las 6 horas del diagnóstico e indicación de cirugía por parte del especialista, los dos pacientes restantes no presentaron ninguna complicación y no se lograron realizar en el tiempo debido a la gran afluencia de pacientes con emergencias quirúrgicas vitales. MAYO: No se presentó ninguna complicación ni evento adverso en los pacientes operados, la gran mayoría se operaron dentro de la seguridad del paciente y sin complicaciones. JUNIO: No se presentaron incidentes ni eventos.
			Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	95,03	90	Médico Hospitalario	94,61	95,54	94,6	100%	De los 4 pacientes con diagnóstico de IAM este mes de abril, se cumplieron el 96.75% de los ítem de la lista de chequeo. Este valor supera la meta nominal. Los ítem menos cumplidos son el uso de morfina para manejo del dolor por no estar presente o en infartos de cara inferior y el uso de beta bloqueador por formulación concomitante con hipotensores. De los 3 pacientes con diagnóstico de IAM este mes de mayo, se cumplieron el 93.67% de los ítem de la lista de chequeo. Este valor supera la meta nominal. Los ítem menos cumplidos son el uso de morfina para manejo del dolor por no estar presente o en infartos de cara inferior y el uso de beta bloqueador por formulación concomitante con hipotensores. De los 5 pacientes con diagnóstico de IAM este mes de junio, se cumplieron el 96.25% de los ítem de la lista de chequeo. Este valor supera la meta nominal. Los ítem menos cumplidos son el uso de morfina para manejo del dolor por no estar presente o en infartos de cara inferior y el uso de beta bloqueador por formulación concomitante con hipotensores.
	Implementar programas de aprendizaje a partir de los incidentes para educar al personal sobre las mejores prácticas y lecciones aprendidas.	Programas de socialización para el nivel asistencial de la Institución sobre los incidentes evidenciados para educar al personal sobre las mejores prácticas y lecciones aprendidas.	No. de socializaciones realizadas /No. de socializaciones programadas	91,7	90	Profesional Especializado Gestión de Calidad	0,25	0,17	0,4	42%	Se evidencian las siguientes actas de Incidentes y eventos adversos: - Acta No. 104 de abril de 2026 - Acta No. 145 de mayo de 2026

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

1.Fortalecer las medidas de seguridad del paciente.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	Realizar búsquedas activas de acciones inseguras en la prestación de servicios, mediante la realización de rondas de seguridad.	Ejecución de búsquedas activas Institucionales. (actas)	Proporción del reporte	79,6	70	Profesional Especializado Gestión de Calidad	75,84	83,80	75,8	100%	Durante el mes de Abril 2026 fueron reportados por el aplicativo un total de 250 sucesos, de los cuales 195 fueron por búsqueda pasiva, es decir que el 78% corresponde a los reportes realizados por los servicios, logrando la meta del indicador, sin embargo, se sugiere la necesidad de continuar reforzando la cultura del reporte institucional. Durante el mes de Mayo 2026 fueron reportados por el aplicativo un total de 286 sucesos, de los cuales fueron por búsqueda pasiva, es decir que el 86,1% corresponde a los reportes realizados por los servicios, logrando la meta del indicador, sin embargo, se sugiere la necesidad de continuar reforzando la cultura del reporte institucional. Durante el mes de junio de 2026 se reportaron en el aplicativo institucional un total de 309 sucesos, de los cuales 270 fueron identificados mediante búsqueda pasiva, representando el 87,38 % del total de los reportes, este resultado evidencia el cumplimiento de la meta establecida para el indicador, reflejando un adecuado compromiso de los servicios con la notificación de incidentes, eventos adversos y demás sucesos relacionados con la seguridad del paciente. No obstante, se considera necesario continuar fortaleciendo la cultura institucional del reporte, promoviendo la identificación y notificación oportuna de los sucesos como herramienta fundamental para la gestión del riesgo, el aprendizaje organizacional y la implementación de acciones de mejora, en este sentido, el Programa de Seguridad del Paciente continuará desarrollando estrategias de sensibilización y retroalimentación dirigidas al personal asistencial, reforzando el carácter no punitivo del reporte y su contribución al mejoramiento continuo de la calidad, la seguridad del paciente y la humanización de la atención.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

2. Asegurar y optimizar la mejora continua de los procesos Internos											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
Mantener el Sistema integrado de gestión y Adoptar un Enfoque de Gestión de Calidad Basado en la calidad del Data	Implementar el sistema integrado de gestión en los Centros de Salud adscritos al HDMI, Morelia y La Montañita.	1. cronograma de implementación del SIG en los centros de salud adscritos al HDMI. 2. Informe semestral de la implementación de las actividades en los centros de salud	Porcentaje de avance en la implementación del SIG en los Centros de Salud. Cronograma elaborado y ejecutado	0,75	90	Profesional Especializado Gestión de Calidad	0	0,41	0,4	45%	De las 186 actividades programadas del Informe semestral de seguimiento a la implementación de las actividades del Sistema Integrado De Gestión, 76 actividades se han ejecutado durante el I semestre 2026.
	Mejorar el cumplimiento de los estándares de habilitación con la normatividad vigente.	1. Autoevaluación de estándares del SUH (3100/2019) 2. Informe 3. Plan de mejora 4. Socialización al personal sobre normatividad vigente 5. Informe de seguimiento al cumplimiento del plan de mejora de habilitación.	Porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación.	91,8	100	Profesional Especializado Gestión de Calidad	93,38	93,43	93,4	93%	El cumplimiento general de la autoevaluación realizada al Hospital Departamental Maria Inmaculada E.S.E en la medición del mes de Junio, de acuerdo con los criterios establecidos en la Resolución 3100 de 2019 es de 93.43%. Este porcentaje aumenta de manera poco significativa teniendo en cuenta el seguimiento realizado a la autoevaluación, en el cual se evidencian mejoras en la infraestructura de la institución, como lo son Hospitalización I y III, Pediatría. Se adjunta el Informe Seguimiento al Sistema Único de Habilitación como evidencia del seguimiento trimestral.
	Diseñar y ejecutar el plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad.	1. Diseño y ejecución del plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad. 2. Informe de resultados de las auditorias realizadas. 3. Plan de acción basado en los hallazgos de las auditorias.	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1,03	1,25	Profesional Especializado Gestión de Calidad	0	0	0,0	0%	Indicador de reporte anual
	Seguimiento a los planes de mejora y comités institucionales.	1. Informe de seguimiento a la implementación de los planes de mejora. 2. Informe de seguimiento a las actividades de los comités institucionales.	Socialización del seguimiento a los planes de mejora Socialización del seguimiento a los Comités Institucionales	4 4	4 4	Profesional Especializado Gestión de Calidad Profesional Especializado Gestión de Calidad	1 1	1 1	1,0 2	25% 50%	Se evidencia Informe de seguimiento a los Planes de Mejora del II trimestre Se evidencia el Informe de Seguimiento a Comités Institucionales del II Trimestre 2026.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

3. Optimizar eficiencia, eficacia y productividad de los procesos administrativos y asistenciales.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
Implementar Soluciones Tecnológicas y Metodológicas para la Optimización, fortalecimiento de la planta de personal, procesos, áreas y optimizar el Talento Humano	Rediseñar y/o actualizar los procesos asistenciales y administrativos para mejorar la eficiencia y reducir el tiempo de espera para los pacientes.	Trámites disponibles en la página web	Disponibilidad de trámites en la página web	N/A	6	Jefe Oficina Asesora de Planeación	5	5	5,0	83%	Actualmente se encuentran disponibles 5 trámites en la página web: · Solicitud de Historia Clínica · Asignación de citas médicas · PQRSF · Radiología e Imágenes Diagnósticas · Resultados de Laboratorio clínico Estos trámites permiten disminuir el tiempo de espera de los pacientes. Se está en proceso de racionalizar un nuevo trámite.
	Mapear y analizar los flujos de trabajo actuales para identificar cuellos de botella y redundancias.	1.Actualización y socialización de la guía de elaboración y administración de documentos [MC-G-01] 2. Asistencias técnicas	Informe de seguimiento documental presentado	4	4	Profesional Especializado Gestión de Calidad	1	1	2,0	50%	Se evidencia el Informe de seguimiento actualización de documentos DARUMA – II Trimestre 2026

4. Gestionar y mitigar los riesgos en los procesos.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
Establecer un Sistema Proceso Integral de Gestión de Riesgos	Desarrollar mapas de riesgos que identifiquen las áreas de mayor vulnerabilidad y permitan la implementación de medidas preventivas.	1. Matriz de riesgos Institucional identificando los procesos de mayor vulnerabilidad.	Matriz de Riesgos Institucionales publicado en DARUMA	1	1	Profesional Universitario SIGR	1	1	1	100%	Se evidencia la Matriz de riesgos institucionales vigente publicada en Daruma en el enlace: http://192.168.0.19/uploads/staff/assets/user10/2026/PORTAL/RIESGOS/ACTUALIZADA/MATRIZ%20DE%20RIESGOS%20INSTITUCIONALES%20HDMI%202026.xlsx
		2. Informe de evaluación y socialización de los resultados obtenidos del mapa de riesgos a todos los interesados	Informe de resultados del sistema Integrado de Gestión del Riesgo	4	4		1	1	2	50%	Se evidencia Informe SIGR del II trimestre de 2026

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

4. Gestionar y mitigar los riesgos en los procesos.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
		1. Cronograma de capacitación diseñado.	Cronograma de asistencias técnicas y/o capacitación en gestión de riesgos socializado	1	1		1	1	1	100%	Se evidencia cumplimiento del Cronograma 2026 de socializaciones, asistencias técnicas y seguimiento a riesgos institucionales a corte 30 de junio.
	Diseñar el programa de capacitación al personal en la identificación y manejo de riesgos, promoviendo una cultura de prevención y proactividad.	2. Ejecución del programa de capacitación del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo	Número de actas donde se verifica el cumplimiento del cronograma de capacitación en gestión de riesgos	4	4		1	1	1	25%	Se evidencian las siguientes actas: · Acta No. 175 - Socialización de la actualización de la Matriz de riesgos institucionales MC-F-91-Versión V4- 4/06/2026 · Acta No. 176 - Socialización y asistencia técnica de la Matriz de riesgos institucionales MC-F-91 y socialización del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos con sus respectivas políticas · Acta No. 231 - Socialización de Matriz de Riesgos Institucionales MC-F-91 V4 y Sistema Integrado de Gestión del Riesgo y entrega de folletos con la estructura y las Políticas del SIGR a los Coordinadores de los Centros de Salud Morelia y Montañita.
	Desarrollar e implementar planes de mitigación para los riesgos identificados, asignando responsabilidades claras para su gestión.	1. Informe del Riesgo Materializado en el área 2. Seguimiento y evaluación de los compromisos del Comité de SIGR	Actas de comité del SIGR	4	4		1	1	1	25%	Se evidencia el Acta No. 7 del Comité Sistema Integrado de Gestión de riesgos del 24 de junio de 2026.
	Establecer una herramienta de monitoreo continuo para detectar nuevos riesgos y evaluar la efectividad de las medidas de mitigación implementadas.	1. Herramienta de monitoreo de riesgos diseñada e implementada.	Informe de seguimiento a riesgos materializados, tratamiento y mejoras y seguimiento al riesgo	4	4		1	1	2	50%	Se evidencia Informe SIGR del II trimestre de 2026 con el seguimiento del riesgo y riesgos materializados.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

4. Gestionar y mitigar los riesgos en los procesos.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	Establecer un comité de gestión de riesgos encargado de supervisar el proceso de identificación, evaluación y mitigación de riesgos, asegurando una respuesta rápida y efectiva.	1. Comité de gestión de riesgos conformado y operativo. 2. Herramienta de monitoreo ante el Comité de los riesgos nuevos y los riesgos materializados	Acta del Comité SIGR donde se socialicen los riesgos materializados y la propuesta de los nuevos riesgos para evaluar su efectividad	4	4		1	1	1	25%	Se evidencia el Acta No. 7 del Comité Sistema Integrado de Gestión de riesgos del 24 de junio de 2026.
Fortalecer el cumplimiento de la normatividad vigente, con una gestión administrativa eficiente.	Diseñar e implementar el procedimiento de actualización y despliegue institucional de la normatividad del Sistema de Salud y Seguridad Social en Colombia.	Informe de seguimiento sobre la correcta implementación de la normatividad en la institución sobre el Sistema de Salud y Seguridad Social en la Institución	Número de capacitaciones realizadas	26	10	Jefe Oficina Jurídica	1	23	1	100%	Durante el segundo trimestre se realizaron 23 capacitaciones, detalladas a continuación: · Acta No. 0001 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Imagenología. · Acta No. 0002 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Contratación, Control Interno Disciplinario y Subgerencia Administrativa y Financiera. · Acta No. 0003 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Banco de Sangre. · Acta No. 0004 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Contabilidad. · Acta No. 0005 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Tesorería. · Acta No. 0006 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Gestión Ambiental. · Acta No. 0007 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Cartera. · Acta No. 0008 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Auditoría. · Acta No. 0009 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – SIAU. · Acta No. 0010 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Gerencia. · Acta No. 0011 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Talento Humano. · Acta No. 0012 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Gestión de Calidad. · Acta No. 0013 – Capacitación dirigida a Supervisores de

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

4. Gestionar y mitigar los riesgos en los procesos.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											Contrato. · Acta No. 0014 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Servicio Farmacéutico. · Acta No. 0015 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Gestión Hospitalaria. · Acta No. 0016 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Sistemas Informáticos. · Acta No. 0017 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Oficina Asesora de Planeación. · Acta No. 0018 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Almacén General. · Acta No. 0019 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Mantenimiento Hospitalario. · Acta No. 0020 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Archivo. · Acta No. 0021 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Laboratorio Clínico. · Acta No. 0022 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Gestión Pretransfusional. · Acta No. 0023 – Capacitación en prevención del acoso sexual laboral – Control Interno.

% de cumplimiento II Trimestre: 64%

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

Perspectiva

Responsabilidad Social y Corporativa

Políticas

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

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

1. Fomentar relaciones laborales saludables y motivadoras con los colaboradores y sus familias.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
Desarrollo Humano y bienestar laboral.	Implementar aula de aprendizaje virtual para beneficio de los convenios docente asistencial.	Garantizar la puesta en marcha de las actividades de educación continua para el beneficio de los convenios docente asistencial.	Número de actividades de educación continua (a quién va dirigida la educación)	N/A	3	Subgerente Científico / Jefe Oficina Asesora de Planeación	0	0	0,0	0%	Durante el presente se encuentran en elaboración actividades de educación continua para su implementación en el segundo semestre de la vigencia
	Implementar aula de aprendizaje virtual para beneficio de los convenios docente asistencial.	1. Diagnóstico y plan de acción de mejora del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo (SG-SST). 2. Matriz de Capacitación SST 3. Registro de inspecciones, auditorías y acciones correctivas implementadas. 4. Indicadores de accidentabilidad y cumplimiento normativo actualizados.	Cumplimiento del Plan Anual de Trabajo SST	91,8	80	Profesional Universitario SST	97,69	95,63	96,7	100%	Para el trimestre de abril, mayo y junio de 2026 el porcentaje de cumplimiento del plan anual de trabajo SST fue de 95,63 %. De las 160 actividades programadas para ejecutarse en el periodo según el plan, se realizó la ejecución de 153 actividades. Para este periodo el indicador cumple con la meta establecida debido a que el resultado se sitúa con 15,63 % por encima de la meta nominal.
	Desarrollar las olimpiadas Intrahospitalarias 2025 - 2028.	1. Planeación y reglamento de las olimpiadas definidos. 2. Cronograma de actividades deportivas, recreativas y culturales establecido. 3. Participación activa de los colaboradores en las diferentes disciplinas.	No. de participantes inscritos en olimpiadas intrahospitalarias y otras.	329	280		0	0	0,0	0%	Para el trimestre de abril, mayo y junio de 2026 el porcentaje de cumplimiento del plan anual de trabajo SST fue de 95,63 %. De las 160 actividades programadas para ejecutarse en el periodo según el plan, se realizó la ejecución de 153 actividades. Para este periodo el indicador cumple con la meta establecida debido a que el resultado se sitúa con 15,63 % por encima de la meta nominal.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	2. Promover Prácticas Sostenibles para la Conservación Ambiental										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
Plan de Sostenibilidad Ambiental Integrado	Implementación de procesos amigables con el medio ambiente, siendo un hospital responsable con la sociedad.	1. Estrategias ambientales implementadas y evaluadas periódicamente.	No. de actividades realizadas	4	4	Profesional Universitario Gestión Ambiental	1	1	1,0	25%	Como evidencia del cumplimiento de a actividades, se anexa matiz RF-Mz-02- FORMATO MATRIZ PLAN INSTITUCIONAL DE GESTION AMBIENTAL (PIGA). Debidamente diligenciada, y (27) actas. Almacenamiento temporal, inspección vehículo recolector RESPEL, seguimiento a limpieza y desinfección, socialización PGIRASA, aprovechamiento de reciclaje y zonas verdes, Se hace medición de los RH generados en la institución, peligrosos y no peligrosos por medio registro formato RH1 SAIDA- RF-F-58 – Formato Registro Diario de Residuos Hospitalarios y Similares. Como evidencia se anexan doce (12) actas de incineración del HDMI- sedes Montañita, Morelia y Unión Peneya.
		2. Reducción documentada del consumo de recursos (agua, energía).	Consumo de agua en el periodo	6.796	8.000		4.784	4.601,3	4692,5	100%	ABRIL: Indicador RF-GA-20: Consumo de Agua Desempeño Operativo: 4.457 m³ (Disminución intermensual del 4,07%, equivalente a 189 m³). Análisis QMS frente a Metas: El indicador evidencia un estado de ecoeficiencia crítica y sostenida. El registro de 4.457 m³ destruya los límites históricos, situándose de manera permanente y profunda por debajo de la Meta Mínima (7.000 m³). Comportamiento frente a Metas y Argumentación: El indicador presenta una evolución atípica positiva de extrema eficiencia, posicionándose 2.543 m³ por debajo de la Meta Mínima de control institucional. Esta desviación favorable sostiene una tendencia estructural a la baja que rompe la línea base histórica del hospital. Al analizar la segmentación operativa, MAYO: Durante el mes de MAYO DE 2026 se registró una demanda de 4,507 m³ de recurso hídrico. Al realizar el análisis de variación frente a ABRIL DE 2026 (4,457 m³), se identifica un aumento de 50 m³, lo que representa un porcentaje del 1.12%. El cierre de abril mostraba una tendencia descendente en el consumo del recurso hídrico, logrando una reducción respecto al mes anterior. Esta disminución sugiere que los controles operacionales y la gestión de fugas de la oficina de Gestión Ambiental estaban estabilizando la línea base de la institución. El incremento registrado en MAYO rompe con el consumo

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	2. Promover Prácticas Sostenibles para la Conservación Ambiental										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											de ABRIL, situándose en 4,507 m³. Es fundamental determinar si este incremento responde a un aumento en la ocupación hospitalaria (camas/día), a la realización de mantenimientos de infraestructura (lavado de tanques, redes de climatización), o bien a fluctuaciones climáticas de la región que eleven la demanda de confort térmico e higiene. La distribución del consumo hídrico evidencia una alta concentración de la demanda en la sede central. JUNIO: En el mes de JUNIO DE 2026 se registró una demanda de 4,840 m³ de consumo de agua. Al realizar el análisis de variación frente a MAYO DE 2026 (4,507 m³), se identifica un aumento de 333 m³, lo que representa un porcentaje del 7.39%. El cierre de junio muestra una tendencia ascendente en el consumo del recurso hídrico, alcanzando y logrando un incremento respecto al mes anterior. Esto sugiere que las presiones sobre el sistema hidrosanitario aumentaron debido a dinámicas clínico-operativas o a fallas en la red de distribución, contrarrestando parcialmente las metas de optimización del gasto de la campaña institucional "Soy consciente, consumo eficiente". El incremento registrado en JUNIO rompe con la estabilidad de MAYO, situándose en 4,840 m³. Es fundamental determinar si este incremento responde a variables estacionales externas (como el aumento de temperaturas de la época que eleva la demanda de sistemas de climatización por agua y lavado frecuente), a un repunte en el giro de camas y procedimientos en los servicios de alta complejidad (Urgencias, Quirófanos y Central de Esterilización), o a vectores de pérdida física latentes en la infraestructura.
			Porcentaje de consumo de energía en el periodo	208.050	240.000		221.905	219.061,7	220483,3	100%	ABRIL: A pesar de registrar un incremento intermensual del 5,36%, el consumo energético se mantiene en niveles de eficiencia operativa controlada, ubicándose dentro de la franja de normalidad: supera la Meta Mínima pero se contiene por debajo de la Meta Nominal/Media de 240.000 kWh (con un margen a favor de 5.933 kWh). El análisis desagregado evidencia que la operación está centralizada en áreas de soporte vital y alta complejidad: HDMI Central (172.920 kWh) y UCI Adultos (46.235 kWh), las cuales

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	2. Promover Prácticas Sostenibles para la Conservación Ambiental										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											concentran el 93,6% de la carga total. El comportamiento divergente entre la reducción de agua (-4,07%) y el aumento de energía (+5,36%) argumenta de forma presunta que el incremento eléctrico no obedece a un mayor flujo demográfico general, sino a una mayor intensidad técnica instalada o fluctuaciones en los sistemas de climatización ante variaciones térmicas externas durante el mes de abril. MAYO: A lo largo del periodo correspondiente al mes de MAYO DE 2026, la demanda energética consolidada de la institución se situó en 216.951 kW. Al contrastar este comportamiento con el registro histórico inmediato del mes de ABRIL (donde se alcanzaron los 234.067 kW), se consolida una reducción neta de 17.116 kW, lo que representa un descenso del 7,31% en el consumo global de la infraestructura. Este comportamiento presenta una divergencia operativa interesante al analizarse en un entorno de servicios públicos integrados: mientras que el consumo de energía eléctrica logró una optimización significativa hacia la baja, el consumo de agua experimentó un incremento del 1.12%. Esta correlación inversa sugiere que los factores de demanda hospitalaria (ocupación de camas, lavado de áreas críticas o fluctuaciones climáticas de la región) impactaron de manera diferenciada los recursos. JUNIO: Durante el periodo correspondiente al mes de JUNIO DE 2026, la demanda energética consolidada de la institución se situó en 206.167 Kw. Al contrastar este comportamiento con el mes de MAYO (donde se alcanzaron los 216.951 kW), se da una reducción de 10.784 Kw, lo que representa un descenso del 4.97% en el consumo global institucional. Este comportamiento confirma que el hospital ha entrado en una fase de optimización operativa en su consumo eléctrico, logrando quebrar la inercia de demanda que se venía registrando en los meses previos (como marzo, que reportó 222,152 Kw). Esta disminución de casi 11,000 Kw en un solo mes valida la madurez de los procesos de control y demuestra una respuesta positiva de la infraestructura ante las directrices de racionalización de recursos. En términos

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	2. Promover Prácticas Sostenibles para la Conservación Ambiental										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											de sostenibilidad, esta conducta reduce de forma directa la huella de carbono de la institución y alivia la presión sobre los costos fijos indexados a las tarifas de energía del operador de red.
		3. Protocolos para la optimización de procesos hospitalarios con enfoque sostenible.	Implementación del PGIRASA	130	130		18	27	22,5	50%	Durante este SEGUNDO TRIMESTRE 2025, se programaron (27) actividades. Las cuales se cumplieron al 100%. Lo que representa el 50% de lo programado para el año 2026. para dar cumplimiento se realizaron visitas de inspección y seguimiento a: Almacenamiento temporal, inspección vehículo recolector RESPEL, seguimiento a limpieza y desinfección, socialización PGIRASA, aprovechamiento de reciclaje y zonas verdes.
	Vincular la institución a programas de reforestación.	1. Actividades de reforestación. 2. Registro de participación en actividades de reforestación.	No. de actividades de reforestación con los que el hospital se vincule	2	1		0	0	0,0	0%	Durante el I trimestre no se realizaron actividades de reforestación
	Fortalecer el programa integral de gestión de residuos que incluya la separación, reciclaje y disposición adecuada de de sechos.	1. Programa de gestión integral de residuos actualizado y socializado. 2. Capacitaciones realizadas sobre segregación en la fuente y reciclaje. 3. Indicadores de reducción de residuos hospitalarios generados y reciclados.	Porcentaje de residuos reciclados del total generado por la institución	5,82	0,50		6,36	10,45	8,4	100%	Durante el segundo trimestre el promedio de porcentaje de residuos reciclados respecto al total de residuos generados en la institucion fue del 10,44% total realizado (recicle) 9.042 kg y total generado 86.652 kg
	Participar en iniciativas y certificaciones ambientales que demuestren el compromiso del hospital con la protección del medio ambiente	1. Hospital inscrito y activo en campañas nacionales de reciclaje y posconsumo. 2. Plan de acción para la mejora continua en iniciativas ambientales.	No. de campañas nacionales de reciclaje con las que el hospital se vincula	1	1		0,00	0	0,0	0%	Durante el I trimestre no se realizaron campañas de reciclaje

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	2. Promover Prácticas Sostenibles para la Conservación Ambiental										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	Campañas de sensibilización y educación ambiental para el personal y la comunidad, fomentando prácticas sostenibles tanto en el ámbito laboral como personal.	1. Semana Ambiental implementada con actividades de sensibilización.	Estrategias amigables con el medio ambiente implementados	4	4		0	1	1,0	50%	Estrategias amigables con el medio ambiente implementados, Se diseño folleto como estrategia, para crear consciencia en los funcionarios , usuarios y visitantes con respecto al consumo de agua , energía y segregación de Residuos Hospitalarios
		2. Vinculación activa en la celebración del Día del Medio Ambiente.	Difusión de estrategias ambientales por medio de las TIC	4	4		1	1	1,0	50%	Como campaña del programa de cultura ambiental, se transmiten mensajes escritos por WhatsApp, correo electrónico y capacitaciones.
		3. Avisos educativos y material publicitario sobre uso responsable de recursos y gestión de residuos.	Cumplimiento actividades del PIGA	74%	98,5%		20,5%	23%	0,4	43%	De las 132 actividades programadas para la vigencia 2026, durante el II trimestre se han ejecutado 30 actividades, logrando un avance del 43% de la meta anual.
	4. Indicadores de impacto de las campañas analizados y reportados.										
	Desarrollar políticas internas de sostenibilidad, como el uso de productos eco-friendly y la reducción de plásticos de un solo uso.	5. Acciones de mejora implementadas con base en los resultados de las campañas									
	Desarrollar políticas internas de sostenibilidad, como el uso de productos eco-friendly y la reducción de plásticos de un solo uso.	Utilización de productos como alternativas eco-friendly en el hospital, que permita proyectar escenarios de implementación progresiva, identificar costos-beneficios	Soportes de utilización de productos eco-friendly que reemplacen los productos no biodegradables	1	1	Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	1	1,0	100%	Se evidencia adición al Contrato No. 00370 con la FUNDACIÓN JARDIN DE ESPERANZAS, del cual una de las obligaciones del contratista es en el desarrollo de sus actividades emplear vajilla reutilizable y amigable con el medio ambiente, contribuyendo a minimizar el impacto ambiental y a fortalecer la cultura institucional de sostenibilidad.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	3.Impulsar el desarrollo sostenible de la comunidad.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
Generación de Alianzas Comunitarias para el Desarrollo Social	Promover proyectos de manufactura para generación de ingresos de grupos desfavorecidos mediante la compra de su producción.	1. Registro de compras realizadas a emprendimientos locales.	No de empresas y/o persona natural beneficiadas con el programa	68	70	Jefe Oficina de Talento Humano / Almacenista General / Profesional Especializado Gestión de Calidad / Jefe Oficina Asesora de Planeación	4	27	4,0	45%	Durante el segundo trimestre de la vigencia 2026 se realizaron las siguientes compras, adquisiciones y/o contrataciones con empresas y personas naturales locales: · Andrés Cuellar Murcia – OC No. 6440, 6441, 6444, 6457, 6513 y 6527. · Angie Lorena Torres Suárez – OC No. 6436. · Aristides Tovar – OC No. 6439. · Leiner Trujillo – OC No. 6450. · Celina Jiménez Morales / Surtimédica – OC No. 6503. · Oliva Sarria – OC No. 6507. · Alcides Marroquín Sabi / Imporvidrios – OC No. 6515. · Jhosimar Quinto Cuesta – OC No. 6516 y 6531. · Carlos Éver Rosas Sánchez / Metal Muebles – OC No. 6517 y 6523. · Distribuidora y Comercializadora Rojas Burgos Hermanos S.A.S. – OC No. 6443, 6471 y 6500. · Distri Medical Solutions S.A.S. – OC No. 6442, 6480, 6481, 6485, 6486, 6491, 6511 y 6538. · Fundación Luz de Vida – OC No. 6400 y 6435. · Sesumed Zomac S.A.S. – OC No. 6438 y 6472. · Crux Productos y Servicios S.A.S. – OC No. 6470 y 6521. · P&M Group Soluciones Integrales S.A.S. – OC No. 6473, 6476, 6505, 6509, 6510 y 6512. · Manthos – OC No. 6479. · SYS Medical – OC No. 6497, 6535, 6536 y 6537. · Fundación Social Prana – OC No. 6489. · Medicalsur3M Zomac S.A.S. – OC No. 6506. · Axiomed Technologies S.A.S. – OC No. 6539. Adicionalmente, se realizaron contrataciones con personas naturales locales para la prestación de los siguientes servicios: · María Netty Ramírez Ramírez – Servicio de Alimentación. · Erica Andrea Motta Paredes – Servicio de Decoración. · Nicolás Audor Rivera – Servicio de Amenización Musical. · Jean Carlos Rojas Luna – Servicio de Amenización Musical. · Antonio Davida Rodas Sánchez – Servicio de Alquiler de Trajes. · Nelcy García Londoño – Servicio de Salón de Eventos. · Yicela Rojas Cedeño – Servicio de Cupcakes.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO											
3.Impulsar el desarrollo sostenible de la comunidad.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	Implementar programas de capacitación y desarrollo profesional para miembros de la comunidad, enfocándose en áreas de salud y cuidado.	1. Programa de formación comunitaria en salud y cuidado 2. Registro de formaciones realizadas (Presencial y virtual)	No de Jornadas de educación en salud	12	10	Subgerente Científico	4	0	4,0	40%	Durante el segundo trimestre no se realizaron jornadas de educación en salud a la comunidad.
	Colaborar con instituciones de educación local para ofrecer pasantías, prácticas profesionales y talleres para estudiantes vinculados en programas de pasantías y prácticas profesionales.	1. Convenios de cooperación firmados con universidades, colegios técnicos y otras entidades educativas. 2. Registro de estudiantes vinculados en programas de pasantías y prácticas profesionales.	No. de universidades con convenios	20	20	Jefe Oficina de Talento Humano	20	20	20,0	100%	Convenios educativos vigentes con: · UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA · UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES · ESCUELA SAN RAFAEL · TECNOLÓGICA AUTÓNOMA DE BOGOTÁ · SENA · CEMAQ · UNIVERSIDAD DE LA SABANA · UNIVERSIDAD NAVARRA · UNIVERSIDAD DE PAMPLONA · UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA · UNICERVANTES · UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA · CRUZ ROJA · UNAD · UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARIBE · UNIVERSIDAD LIBRE · INSTITUTO TÉCNICO INDUSTRIAL · QUIRON · ESCUELA ECSALUD · UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
			No. de estudiantes vinculados	357	300	Coordinador de Convenios e Internado	0	0	0,0	0%	Medición anual
	Crear un programa de ayudas (con elementos dados de baja en la institución)	Programa de ayudas en la institución (elementos dados de baja)	No. de personas beneficiadas en el año	20	20	Activos Fijos	8	7	15,0	75%	Durante el segundo trimestre de la vigencia 2026 se continuó con la entrega de activos institucionales en calidad de donación, beneficiando a pacientes en condición de vulnerabilidad y a instituciones de la comunidad, así:

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

3. Impulsar el desarrollo sostenible de la comunidad.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	para personas desfavorecidas										· Cama eléctrica de cuatro planos – Radicado No. 439 – Paciente Dely Fautina Estupiñán Hurtado. · Cama eléctrica de cuatro planos – Radicado No. 624 – Paciente Omar Grisales Meneses. · Silla de ruedas – Radicado No. 552 – Paciente Roberto Chaux. · Cama manual – Radicado No. 457 – Paciente Rosalbina Núñez. · Cuatro buzones – Radicado No. 414 – Comunidad Educativa Barrios Unidos. · Cama eléctrica de cuatro planos – Radicado No. 448 – Paciente José Lizardo Delgado Gómez. · Cama eléctrica de cuatro planos – Radicado No. 388 – Paciente Sandra Liliana Arias Caro. Para un total donado de 5 camas, 1 camilla, 1 silla de ruedas y 4 buzones.
	Colaborar con organizaciones no gubernamentales y entidades públicas en iniciativas de desarrollo social y bienestar comunitario.	Iniciativas conjuntas ejecutadas con ONGs y entidades públicas.	Número de iniciativas ejecutadas	9	10	Gerencia / Subgerente Administrativa y Financiera / Profesional Universitario de Comunicaciones / Jefe de la Oficina Asesora de Planeación	5	17	5,0	100%	Durante el II trimestre se realizaron las iniciativas y jornadas de salud en conjunto con entidades públicas y/o ONGs (Secretaría de Salud, Alcaldía de La Montañita, Alcaldía de Morelia): 10/04/26: https://web.facebook.com/reel/1476301810652989?local e=es_LA 13/04/26: https://web.facebook.com/photo/?fbid=980079404969913&set=a.119374421040420&locale=es_LA 14/04/26: https://web.facebook.com/photo/?fbid=981017011542819&set=a.105554575755738&locale=es_LA 15/04/26: https://web.facebook.com/photo/?fbid=981661998144987&set=a.119374421040420&locale=es_LA 21/04/26: https://web.facebook.com/photo/?fbid=986753474302506&set=a.119374421040420&locale=es_LA 24/04/26: https://web.facebook.com/photo/?fbid=989180547393132&set=a.119374421040420&locale=es_LA

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	3.Impulsar el desarrollo sostenible de la comunidad.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											25/04/26: https://web.facebook.com/photo/?fbid=990208513957002&set=a.119374421040420&locale=es_LA 05/05/26: https://web.facebook.com/photo/?fbid=998952246415962&set=a.119374421040420&locale=es_LA 6/05/25: https://web.facebook.com/photo/?fbid=999766309667889&set=a.119374421040420&locale=es_LA 12/05/26: https://web.facebook.com/photo/?fbid=1004912895819897&set=a.119374421040420&locale=es_LA 14/05/26: https://web.facebook.com/photo/?fbid=1006455215665665&set=a.119374421040420&locale=es_LA 18/05/26: https://web.facebook.com/photo/?fbid=1010054995305687&set=a.119374421040420&locale=es_LA 23/05/26: https://web.facebook.com/photo/?fbid=1015517984759388&set=pcb.1015519744759212&locale=es_LA 29/05/26: https://web.facebook.com/photo/?fbid=1018621964448990&set=a.119374421040420&locale=es_LA 3/06/26: https://web.facebook.com/reel/1718853115777955?locale=es_LA 13/06/26 Alianza madre Canguro y Éxito: https://web.facebook.com/reel/1630074911556289?locale=es_LA 19/06/26 - Brigada de Salud Vereda Bruselas : https://web.facebook.com/reel/1630074911556289?locale=es_LA

% de cumplimiento II Trimestre: 50%

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

Perspectiva

Aprendizaje y Desarrollo

Políticas

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

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

1. Potenciar el compromiso, habilidades y desarrollo de competencias del personal											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
Fortalecer e Implementar un Programa Integral de Desarrollo y Motivación del Personal para la formación integral en el lugar de trabajo.	Gestionar con universidades o instituciones Públicas convenios para mejorar las competencias del talento humano a través de formación continua.	1. Selección de temas y grupos objetivos para capacitación continua. 2. Identificación de universidades o instituciones educativas para establecer convenios de formación. 3. Firma de convenios de formación continua con universidades o instituciones seleccionadas. 4. Implementación de programas de formación continua para el talento humano. 5. Informe de seguimiento y evaluación de la implementación de la capacitación continua.	No. de capacitaciones realizadas por universidades o instituciones públicas al Talento Humano	15	15	Jefe Oficina de Talento Humano	1	2	2,0	26%	Durante el II Trimestre se realizaron procesos de formación con las siguientes instituciones: 1. Comisión Nacional del Servicio Civil 2. Positiva compañía de seguros
	Capacitación continua que aborden tanto las habilidades técnicas como las competencias blandas, con el objetivo de mejorar el desempeño y la satisfacción laboral.	1. Diseño de programas de capacitación continua que incluyan habilidades técnicas y blandas. 2. Ejecución de las sesiones de capacitación para el personal. 3. Evaluación del impacto de la capacitación en el desempeño y la satisfacción laboral. 4. Informe de seguimiento con recomendaciones para ajustes en futuros programas de formación.	Cumplimiento Plan de Capacitación	93,4	70		100	100	100,0	100%	Durante el segundo trimestre de la vigencia 2026 se ejecutó el 100% (42 de 42) de las capacitaciones programadas en el Plan Institucional de Capacitación, en cumplimiento del Decreto 1083 de 2015. Este resultado refleja una adecuada planificación y ejecución de las actividades de formación, evidenciando el cumplimiento de las metas institucionales para el fortalecimiento de las competencias del talento humano.
			Número de asistentes / número de convocados	0,90	0,90		0,97	100	1,0	100%	Durante el segundo trimestre de 2026, el indicador de cobertura del Plan Institucional de Capacitación alcanzó un 100%, con la realización de 42 convocatorias y la participación de los colaboradores programados. Este resultado evidencia una alta cobertura y el compromiso del talento humano con los procesos de formación institucional, fortaleciendo el desarrollo de competencias y el cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Potenciar el compromiso, habilidades y desarrollo de competencias del personal										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	Fortalecer los convenios de docencia servicio e incluir otras profesiones de la salud.	1. Suscribir convenios de docencia en salud (medicina, enfermería, psicología, entre otros).	No. de Convenios en salud suscritos	20	20		20	20	20,0	100%	Convenios educativos vigentes con: · UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA · UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES · ESCUELA SAN RAFAEL · TECNOLÓGICA AUTÓNOMA DE BOGOTÁ · SENA · CEMAQ · UNIVERSIDAD DE LA SABANA · UNIVERSIDAD NAVARRA · UNIVERSIDAD DE PAMPLONA · UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA · UNICERVANTES · UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA · CRUZ ROJA · UNAD · UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARIBE · UNIVERSIDAD LIBRE · INSTITUTO TÉCNICO INDUSTRIAL · QUIRON · ESCUELA ECSALUD · UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES

OBJETIVO ESTRATÉGICO	2. Promover una Cultura Organizacional Focalizada en la Seguridad y la atención humanizada										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
Gestión del talento humano con énfasis en la Cultura de Seguridad y Atención Humanizada	Promover activamente los valores de seguridad y humanización a través de actividades y campañas internas que refuercen la importancia de	Actas de las campañas y actividades internas de seguridad del paciente y humanización	Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas por el programa de Seguridad del paciente	N/A	0,9	Profesional Especializado Gestión de Calidad	0,2	0,3	0,50	50%	De las 10 actividades del Programa de Seguridad del paciente para la vigencia 2026, se han ejecutado 3 actividades durante el II trimestre para un cumplimiento del 30%. Se adjunta Cronograma Actividades Programa Seguridad del Paciente 2026.
			Número actividades ejecutadas / Número actividades programadas por el programa de humanización	N/A	0,9	Profesional Especializado Gestión de Calidad	61,5%	90,5%	0,76	100%	Se evidencia en el Cronograma de actividades de Humanización 2026 que de las 21 actividades programadas para el segundo trimestre, 19 han sido ejecutadas, para un cumplimiento de 90,5%.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

2. Promover una Cultura Organizacional Focalizada en la Seguridad y la atención humanizada											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	estos principios en la cultura organizacional.										
	Realizar rondas de seguridad del ambiente físico	Registro de rondas de seguridad realizadas.	Actas de Rondas de Seguridad	8	4	Profesional Especializado Gestión de Calidad	4	4	8,0	100%	Se evidencian las siguientes actas: · Acta N.º 108 búsqueda activa (BAI) Ronda de seguridad Abril · Acta N.º 140 Ronda de seguridad Mayo · Acta N.º 144 búsqueda activa (BAI) Ronda de seguridad Mayo · Acta N.º 224 búsqueda activa (BAI) Ronda de seguridad Junio
	Desarrollar y comunicar un programa y/o estrategia sobre prácticas seguras y humanizadas en el entorno de trabajo, asegurando que todos los colaboradores estén informados y comprometidos.	1. Actas de inducción y reinducción del programa de humanización y seguridad del paciente	Número de actas de inducción y re inducción del programa de humanización y seguridad del paciente	12	12	Profesional Especializado Gestión de Calidad	3	3	6,0	50%	Se evidencian las siguientes actas de inducción y reinducción del Programa de Humanización y Seguridad del Paciente: · Acta N.º 102 de abril a estudiantes Uniamazonia · Acta N.º 171 de mayo a estudiantes de ECSALUD SAN RAFAEL y CEMAQ · Acta N.º 233 de junio a estudiantes de CEMAQ y personal de enfermería
		2. Divulgación y comunicación del programa momentos de calidad (Actas, material utilizado, registros de asistencia)	Número total de colaboradores que reciben la información / Total de colaboradores que laboran en la institución.	N/A	0,9	Profesional Especializado Gestión de Calidad	0,05	0,15	0,20	20%	Se evidencias las siguientes actas de Momentos de Calidad: · Acta N.º 097 de abril dirigida a Sala de Partos e Internación I (27 colaboradores) · Acta N.º 129 de mayo, dirigida a Internación III, Unidad Mental y Expansión II (56 colaboradores) · Acta N.º 203 de junio, dirigida a Cirugía y UCI Adulto (73 colaboradores)
	Programas de formación específicos sobre atención humanizada y prácticas de seguridad para todo el personal, asegurando que todos comprendan la importancia y la aplicación	1. Cronograma de talleres del eje de relación interpersonal humanizado en salud	Número de talleres ejecutados / Número de talleres programados	N/A	0,9	Profesional Especializado Gestión de Calidad	0,462	0,85	0,66	94%	Se adjunta cronograma humanización junto a las actas de socialización: · Acta N.º 181 Intervención en Humanización a un auxiliar de enfermería · Acta N.º 182 Taller Servicio de Unidad Mental · Acta N.º 193 Servicio de Pediatría y Unidad Mental · Acta No. 194 Servicio de Urgencias · Acta N.º 195 Taller Servicio de Cirugía · Acta N.º 196 Servicio de Sala de Partos y Central de Esterilización · Acta N.º 197 Personal médico HDMI · Acta N.º 198 Servicio de Internación II y III
		2. Socialización y divulgación de la política de humanización	Actas trimestrales de socialización de la Política de Humanización	4	4	Profesional Especializado Gestión de Calidad	1	1	2,0	50%	Se evidencia el acta de socialización de la Política de Humanización N.º 276 de mayo y junio 2026, dirigida a los

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	2. Promover una Cultura Organizacional Focalizada en la Seguridad y la atención humanizada										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	de estos concep- tos										servicios de Cirugía, Sala de partos, Internación I, II y Unidad Mental.
	Realizar las acciones correctivas y sancionatorias de actos donde los colaboradores vulneren los principios de humanización y seguridad	1. Seguimiento y evaluación del cumplimiento de las medidas correctivas y sancionatorias	Actas de Comité de Seguridad del Paciente donde se realice seguimiento y evaluación del cumplimiento de las medidas correctivas	N/A	6	Profesional Especializado Gestión de Calidad	3	1	4,0	67%	Se evidencia el Acta No. 26 del Comité de Seguridad del Paciente.
			No. De quejas Disciplinarias por hechos que atenten contra los principios de humanización y/o seguridad en la atención	0	0	Jefe Control Interno Disciplinario	0	0	0	100%	En el periodo correspondiente al segundo trimestre del año 2026, no se hallaron Quejas Disciplinarias en las que se haya realizado apertura o dado trámite por hechos que atenten contra los principios de humanización y/o seguridad en la atención.

OBJETIVO ESTRATÉGICO	3.Garantizar el uso de tecnología biomédica segura y enfocada en el paciente										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
Fortalecer el Plan Integral y/o estrategia de Adquisición y Gestión de Tecnología Bio médica	Mantener y disponer de equipamiento para la prestación de servicios de salud seguros, en la sede principal y centros de salud.	1. Diagnóstico actualizado de necesidades y renovación de tecnología biomédica.	Tiempo de respuesta en los mantenimientos correctivos de los equipos biomédicos	4,21	3	Ingeniera Biomédica	9,47	1,71	9,5	100%	Para el mes de abril se recibieron 26 solicitudes de los diferentes servicios para la revisión de los equipos biomédicos. De acuerdo a la grafica se puede observar que el tiempo de respuesta para los mantenimientos correctivos es superior a 1 día (1.5). Lo cual se puede concluir que el área Biomédica da respuesta oportuna a los requerimientos de los diferentes servicios de la institución. Para el mes de mayo se recibieron 24 solicitudes de los diferentes servicios para la revisión de los equipos biomédicos. De acuerdo a la grafica se puede observar que el tiempo de respuesta para los mantenimientos correctivos es 1 día (0.38). Lo cual se puede concluir que el área Biomédica da respuesta oportuna a los requerimientos de los diferentes servicios de la institución. Durante el mes de junio se recibieron 41 solicitudes de revisión

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	3.Garantizar el uso de tecnología biomédica segura y enfocada en el paciente										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
											y mantenimiento correctivo de los diferentes equipos biomédicos de la institución. De acuerdo con la gráfica, el tiempo promedio de respuesta fue de 3,24 días, ligeramente superior a la meta nominal establecida de 3 días. La principal causa de esta variación correspondió al mantenimiento correctivo de un equipo específico, el pHmetro del servicio de Banco de Sangre. En este caso, el repuesto requerido fue solicitado durante el mes de mayo; sin embargo, su recepción e instalación se realizaron en junio, lo que incrementó el tiempo de respuesta para esta intervención. No obstante, es importante destacar que las 40 solicitudes restantes fueron atendidas de manera oportuna y dentro de los tiempos esperados. Por tanto, el incumplimiento de la meta estuvo asociado exclusivamente a este caso particular y no refleja una demora generalizada en la gestión de los mantenimientos correctivos.
		2. Hojas de vida de los equipos biomédicos revisadas y actualizadas.	Registros de Hoja de Vida de Equipos Biomédicos, correspondientes al 20% anual de la totalidad de los mismos	225	300		0	186	0,0	93%	Se evidencia hoja de vida de 186 equipos biomédicos, correspondiente al 14% de la totalidad, cumpliendo en un 93% la meta anual.
	Implementar el modelo de gestión de la tecnología que establezca su ciclo de vida, es decir que contemple la planeación, adquisición, instalación, capacitación, operación y disposición final de la tecnología.	1. Manual de Gestión de la tecnología debidamente actualizado.	Cumplimiento y seguimiento del Manual de Gestión de la Tecnología.	1	1		100	100	100,0	100%	Se continuó con la implementación del modelo de gestión de la tecnología, mediante el seguimiento a las diferentes etapas que conforman el ciclo de vida de la tecnología biomédica. Durante el segundo trimestre de 2026 se realizaron actividades de planeación de necesidades para la adquisición y reposición de equipos, el seguimiento a los mantenimientos preventivos y correctivos, así como la gestión de la disposición final de equipos obsoletos, garantizando la trazabilidad de los activos tecnológicos y el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el Manual de Gestión de la Tecnología. Como soporte de las actividades desarrolladas se cuenta con: · Formatos GJ-F-78 de necesidades de bienes y servicios correspondientes a las fechas 7, 17 y 22 de abril de 2026. · Orden de Compra No. 000000006485, del 6 de mayo de 2026. · Orden de Compra No. 000000006492, del 7 de mayo de 2026. · Orden de Compra No. 000000006508, del 20 de mayo de 2026.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO	3.Garantizar el uso de tecnología biomédica segura y enfocada en el paciente										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	Evaluaciones exhaustivas de los equipos biomédicos disponibles en el mercado para asegurar que cumplan con los estándares de seguridad y humanización necesarios para su uso en el entorno hospitalario.			1	1		100	100	100,0	100%	Durante el segundo trimestre de la vigencia 2026 se dio cumplimiento al seguimiento establecido en el Manual de Gestión de la Tecnología, mediante la evaluación de las necesidades de adquisición y reposición de tecnología biomédica. En este proceso se analizaron los requerimientos de bienes y servicios registrados en los Formatos GJ-F-78 de fechas 7, 17 y 22 de abril de 2026, así como las adquisiciones efectuadas mediante las Órdenes de Compra No. 000000006485 del 6 de mayo de 2026, No. 000000006492 del 7 de mayo de 2026 y No. 000000006508 del 20 de mayo de 2026. Las evaluaciones realizadas priorizaron el cumplimiento de los estándares de seguridad, la disponibilidad de soporte técnico y repuestos, y criterios orientados a la humanización de la atención, garantizando que las tecnologías incorporadas respondan a las necesidades institucionales y contribuyan a una atención segura y de calidad para los pacientes.
	Implementar un programa de mantenimiento regular y actualización tecnológica para asegurar que todos los equipos biomédicos estén en óptimas condiciones y cuenten con las últimas mejoras en seguridad y funcionalidad.	1. Programa de mantenimiento regular y actualización tecnológica documentado e implementado. 2. Reportes de ejecución del mantenimiento y actualización tecnológica de equipos biomédicos.	Cumplimiento de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos	98,96	85		94,44	100	94,4	100%	Para el mes de abril se tenían programados 7 servicios (Internación I, Internación II, Internación III, Expansión II, Banco de sangre, Laboratorio Clínico, Centro de salud morelia),Para el mantenimiento preventivo. De acuerdo a la gráfica se puede observar que se ejecutó el 100% de las actividades de mantenimiento programadas, dando así cumplimiento al plan anual de mantenimiento institucional. Para el mes de mayo se tenían programados 4 servicios (Uci Neonatal, Sala de partos, Unidad mental, Centro de salud la Montañita), Para el mantenimiento preventivo. De acuerdo a la gráfica se puede observar que se ejecutó el 100% de las actividades de mantenimiento programadas, Dando así cumplimiento al plan anual de mantenimiento institucional. Para el mes de junio se tenían programados 8 servicios (Urgencias, UCI adultos, Cirugía, Plan canguro, Pediatría, Consulta externa, Ambulancias, Unión Peneya,), Para el mantenimiento preventivo. De acuerdo a la gráfica se puede observar que se ejecutó el 100% de las actividades de mantenimiento programadas, Dando así cumplimiento al plan anual de mantenimiento institucional.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

3. Garantizar el uso de tecnología biomédica segura y enfocada en el paciente											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	Formular, calcular y analizar los indicadores de gestión de la tecnología en lo relacionado con el plan de mejora. Mantenimiento preventivo, así mismo formular e implementar las acciones.	1. Plan de mejora basado en los resultados de los indicadores, con acciones correctivas implementadas siempre y cuando se evidencie disminución en la meta establecida por indicadores	Plan de mejora con acciones correctivas programadas	100	100		100	100	100,0	100%	No aplica plan de mejora debido a que los indicadores cumplen la meta

4. Optimizar tecnologías, para asegurar la integridad y oportunidad de la información.											
OBJETIVO ESTRATÉGICO											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
Implementar una Estrategia y/o Programa de Gestión de Datos y Tecnologías de Información para Garantizar datos validos que se traduzcan en información confiable que permita generar conocimiento para	Fortalecer la interface y parametrización del sistema de información hospitalaria y demás registros asistenciales y administrativos, con el fin de mejorar la calidad del dato.	1. Sistema de información hospitalaria actualizado y parametrizado según necesidades operativas.	Actualizaciones del sistema DINÁMICA GERENCIAL	100	100	Profesional Universitario de Sistemas	100	100	100	100%	El sistema de información Dinámica gerencial se encuentra actualizo con la versión del 30-06-2026
		2. Mejoras implementadas en la interfaz parametrización.	Implementación de requerimientos solicitados.	100	100		100	100	100	100%	El sistema de informacion se encuentra actualizado al 30-06-2026 con la normatividad nacional vigente, incluyendo los RDA - interoperabilidad historia clinica
	Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de	1. Diagnóstico de necesidades de equipamiento e infraestructura actualizado.	Informe de necesidades de equipamiento e infraestructura actualizada	1	1		100	0	1	100%	Informe presentado durante el primer trimestre, teniendo un cumplimiento del 100% de la meta anual.

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

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

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO		4. Optimizar tecnologías, para asegurar la integridad y oportunidad de la información.									
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
tomar decisiones	información para la producción de información confiables en la sede principal y centros de salud.	2. Inventario de tecnología y sistemas de información.	Inventario de tecnologías	4	4		100	100	100	100%	Se realizó inventario en el mes de mayo 2026 y se actualizó en la plataforma de control de equipos y dinámica gerencial, cada vez que se realiza un movimiento de equipos se deja el registro en estos dos sistemas de información.
		3. Informe de disponibilidad y operatividad de los sistemas de información en todas las sedes.	Informe de operatividad y disponibilidad	1	1		0	0	0	0%	Este informe se realiza anualmente, para la vigencia 2026 se realiza en el mes de diciembre
		Desarrollar e implementar sistemas de gestión de información que aseguren la integridad, disponibilidad y confidencialidad de los datos, mejorando la confiabilidad y la oportunidad de la información.	Informe de operatividad y disponibilidad	1	1		0	0	0	0%	Este informe se realiza anualmente, para la vigencia 2026 se realiza en el mes de diciembre
	Diseñar y aplicar un proceso de análisis y validación de los resultados de los indicadores.	Seguimiento a la implementación y consultas de los sistemas de información que permitan mantener las condiciones de integridad, disponibilidad y confidencialidad de los datos, calidad del dato, mejorando la confiabilidad y la oportunidad de la información.	Seguimiento al desarrollo de los tableros de control estadístico del HDMI	N/A	100	Profesional Universitario de Sistemas / Webmaster HDMI	10	40	10	40%	Se desarrollan vistas de consultas a la base de datos para el desarrollo de tableros de control y se realizan las pruebas creando tablero de control de Egresos Hospitalarios por Mes
			Análisis, diseño, desarrollo e implementación para la entrega de facturas a radicar a las diferentes EAPB a los digitalizadores del área de Facturación	100	100	Profesional Universitario de Sistemas / Webmaster HDMI	100	100	100	100%	Indicador con cumplimiento desde el I trimestre
		Actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño donde se socialicen los resultados de los indicadores	Socialización de los resultados de los indicadores	2	4	Profesional Especializado Gestión de Calidad	1	1	2	50%	Se adjunta soporte de la socialización del informe de los resultados de los indicadores institucionales durante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño el 28 de mayo de 2026.
	Identificar las fuentes de información para el cálculo de los indicadores de gestión y proceder con su	Verificación de indicadores medibles en la Institución	Informe sobre la gestión de indicadores	4	4	Profesional Especializado Gestión de Calidad	1	1	2	50%	Se evidencia Informe del resultado de indicadores II trimestre 2026

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

OBJETIVO ESTRATÉGICO		4. Optimizar tecnologías, para asegurar la integridad y oportunidad de la información.									
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2026	RESPONSABLE	RESULTADO 2026		TOTAL PROMEDIO TRIMESTRAL	% DE CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	OBSERVACIONES II TRIMESTRE
							I TRIMESTRE	II TRIMESTRE			
	desarrollo e implementación.										
	Auditorías periódicas y evaluaciones de los sistemas de tecnología de la información para identificar vulnerabilidades y áreas de mejora en la gestión de datos.	Solicitud de soportes a los proveedores de sistemas de información del Hospital.	Listado de soporte solicitado a los proveedores de sistemas de información del Hospital.	100	100	Profesional Universitario de Sistemas	100	100	100	100%	Se adjuntan los soportes realizados al proveedor SYAC.

% de cumplimiento II Trimestre: 80%

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente

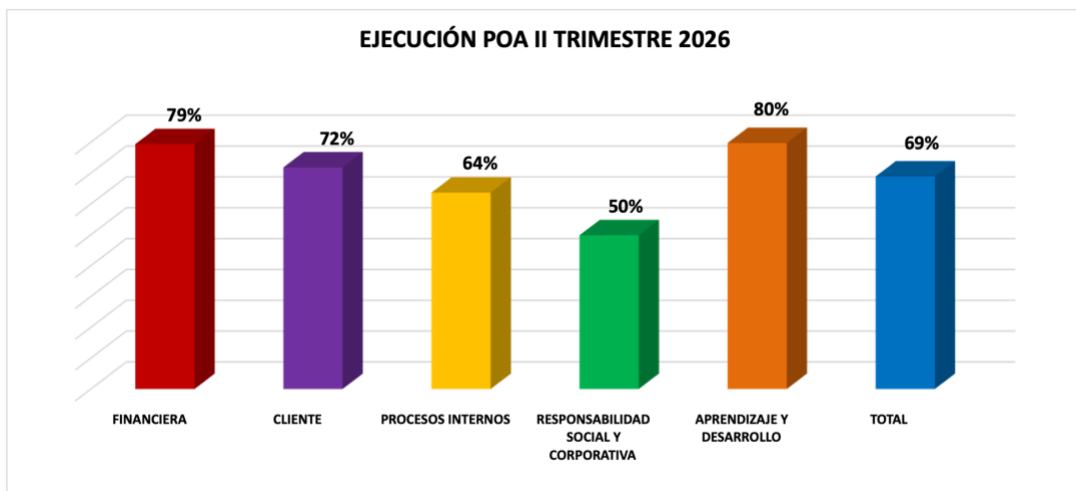
 **Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29**

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



7. CONSOLIDADO POA A JUNIO 2026

EJECUCIÓN POA II TRIMESTRE 2026	
PERSPECTIVA	% DE CUMPLIMIENTO
FINANCIERA	79%
CLIENTE	72%
PROCESOS INTERNOS	64%
RESPONSABILIDAD SOCIAL Y CORPORATIVA	50%
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	80%
TOTAL	69%



JAVIER RINCÓN MUÑOZ
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Elaboró. Karine Buitrago Villalobos / Oficina Asesora de Planeación

Cindy Tatiana Vargas Toro
Gerente