



# **Red Salud Armenia**

E.S.E.

## **PA' CUIDAR DE TODOS**

**INFORME POA Y PLAN DE ACCIÓN IV TRIMESTRE 2024**



## **Informe POA y Plan de Acción Cuarto Trimestre 2024**

Con el propósito de avanzar en el fortalecimiento de Red Salud Armenia ESE, el Plan de Desarrollo para la vigencia 2024 fue aprobado por la Junta Directiva a través del Acuerdo No. 01 del 21 de febrero de 2024, luego en el mes de junio con el resultado del nuevo direccionamiento estratégico se formuló nuevamente en el mes de junio siendo aprobado mediante acuerdo No.08 de junio 27 de 2024.

Se plantean 7 líneas estratégicas, con sus planes operativos e indicadores para ejecutar en la vigencia 2024, cada línea estratégica cuenta con un responsable que tiene entre otras funciones, velar por el cumplimiento de las metas realizando seguimiento periódico, estableciendo acciones de mejora y realizando los ajustes necesarios que orienten el desarrollo estratégico de la línea hacia el logro de la plataforma estratégica. Las líneas se integran y se complementan buscando mayor coherencia en la gestión de los procesos.

La formulación estratégica se estructura en cuatro perspectivas con siete líneas o ejes fundamentales:

### **PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO**

- ✓ Hospital competente e innovador en prácticas formativas e investigación académica.
- ✓ Investigación en salud, aportando conocimiento
- ✓ El capital humano nuestra prioridad.

### **PERSPECTIVA DE PROCESOS**

- ✓ Estandarización de procesos como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua.
- ✓ Sistemas de información y herramientas de integración

### **PERSPECTIVA FINANCIERA**

- ✓ Innovación, inversión y sostenibilidad institucional

### **PERSPECTIVA DE USUARIO**

- ✓ Prestación de servicios de salud enfocados en la gestión del riesgo.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 1

### Prestación de servicios de salud enfocados en la gestión del riesgo

Objetivo: Prestar servicios de salud enfocados en la gestión del riesgo, cumpliendo con los atributos de la calidad y orientados a la satisfacción de las necesidades de salud del usuario y su familia.

Con el objetivo de intervenir la situación de salud de la población objeto a través de nuestra red, se definieron dos (2) componentes, los cuales se describen a continuación:

#### 1. Fortalecimiento de la contratación de los servicios de salud.

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
Prestación de servicios de salud enfocados en la gestión del riesgo.	Prestar servicios de salud enfocados en la gestión del riesgo, cumpliendo con los atributos de la calidad y orientados a la satisfacción de las necesidades de salud del usuario y su familia.	Fortalecimiento de la contratación de los servicios de salud	Gestión de la ejecución del plan de mercadeo institucional	Propuesta de negocios presentadas a las diferentes EAPB / Total de propuestas programas realizar * 100	100%

#### Gestión de ejecución del plan de mercadeo institucional

Para el cuarto trimestre según lo programado en el plan de trabajo, se realizó socialización al cliente interno de los derechos y deberes, enfoque diferencial y atención preferencial al cliente interno y externo. Así mismo, durante el mes de diciembre "Hacer Campaña Publicitaria que permita dar a conocer los servicios ofertados por la E.S.E, a través de las redes sociales"; Simultáneamente en la página web, constantemente se rota por banners las distintas sedes que conforman la Red y su portafolio de servicios.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2024							Meta anual (Ponderación o Porcentaje)		TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			CONSOLIDADO AÑO		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	
1	Ejecutar el plan de acción ejecución del plan de mercadeo institucional.	Porcentaje de ejecución del plan de mercadeo institucional	No. de actividades realizadas del plan de acción del plan de mercadeo institucional / Total de actividades programadas del plan de acción del Plan de mercadeo institucional*100	100%	Líder de Mercadeo	Porcentaje	100%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	67%	67%	67%	

Para el cuarto trimestre se dió cumplimiento a lo programado en el porcentaje de ejecución del plan de acción del plan de mercadeo institucional, logrando así el cumplimiento del 100% de las actividades programadas para el trimestre en el componente fortalecimiento de la contratación de los servicios de salud.

## 2. Fortalecer el modelo de atención en gestión del riesgo en salud.

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
Prestación de servicios de salud enfocados en la gestión del riesgo.	Prestar servicios de salud enfocados en la gestión del riesgo, cumpliendo con los atributos de la calidad y orientados a la satisfacción de las necesidades de salud del usuario y su familia.	Fortalecer el modelo de atención en gestión del riesgo en salud	Porcentaje de adherencia a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud	No. de historias clínicas de primera infancia e infancia auditadas adherentes a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud / Total de historias clínicas de primera infancia e infancia auditadas de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud * 100 (Según muestreo aprobado por comité de historias clínicas)	90%
			Porcentaje de adherencia a la Ruta Materno perinatal	No. de historias clínicas auditadas adherentes a la Ruta Materno perinatal/ Total de historias clínicas auditadas de la Ruta Materno perinatal*100 (Según muestreo aprobado por comité de historias clínicas)	90%
			Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II en el servicio de urgencias	Sumatoria del numero de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage II y el momento en el cual es atendido en consulta de urgencias por médico/ numero de consultas clasificadas como Triage II	<30
			Porcentaje de cumplimiento de actividades programadas en el plan operativo de las diferentes sedes de atención	Número de actividades realizadas en todas las sedes / Total de actividades programadas en todas las sedes * 100	90%
			Proporción de vigilancia de eventos adversos	Número De eventos adversos detectados y gestionados / Número De eventos adversos detectados * 100	90%
			Porcentaje de implementación de las GPC	N. de recomendaciones implementadas / Total de recomendaciones programadas a implementar*100	100%
			Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de primera vez de medicina general en toda la red	Sumatoria de diferencia días calendario entre asignación cita de medicina general primera vez / Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas	3 días
			Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	No. De usuarios que Respondieron "muy bien" o "buena" a la pregunta como calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS / No. de usuarios que respondieron la pregunta *100	95%

### **Porcentaje de adherencia a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud**

Se auditaron el 100% de las historias clínicas establecidas para la muestra de las rutas de Primera Infancia e Infancia en el periodo correspondiente al cuarto trimestre de 2024. Se auditaron 33 historias clínicas correspondientes a la ruta de primera Infancia, con una adherencia al cumplimiento de los criterios de la Resolución 3280 del 98% y 33 historias clínicas correspondientes a la ruta de Infancia, con una adherencia al cumplimiento de los criterios establecidos de la Resolución 3280 del 100%.

Se generaron 25 planes de mejora individuales a médicos generales y enfermeras jefes que participaron en la valoración de niños correspondientes a las rutas de primera infancia e infancia, con generación de hallazgos individuales y recomendaciones individuales para la mejora y los cuales se encuentran pendientes de socializar de manera individualizada.

### **Porcentaje de adherencia a la Ruta Materno perinatal**

Se realizaron auditoría a 30 historias clínicas de la atención prenatal con una adherencia del 99%; 2 historias clínicas de Atención del Parto, con una adherencia del 92%; 27 historias clínicas de la atención en el puerperio, con una adherencia del 91%; 27 historias clínicas del recién nacido ambulatorio, con una adherencia del 92%; 2 historias clínicas del recién nacido urgencias, con una adherencia del 73%.

Se generaron 8 planes de mejora a médicos generales que generaron hallazgos en las auditorías realizadas de control prenatal, puerperio, recién nacido ambulatorio, recién nacido, urgencias y atención del parto.

### **Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II en el servicio de urgencias**

Se hizo un total de 4 hallazgos de atenciones en más de 30 minutos de pacientes clasificados como Triage II, distribuidos en 2 casos en octubre, 1 en noviembre y 1 en diciembre, los cuales se revisaron en conjunto con los médicos que realizaron la atención inicial.

Se realizó revisión de los casos, se identificó que la mayoría de estos casos, se inició atención del paciente en sala de reanimación, y posterior a su estabilización e inclusive traslado, se realizó la historia clínica, lo que generaba que la apertura de la historia clínica (el marcador del indicador), quedara en un tiempo mayor a la oportunidad, a pesar que el paciente ya hubiera sido atendido. Se observa una mejoría considerable, ya que se nota una disminución marcada del número de casos con hallazgos con respecto a los trimestres anteriores, lo que significa que el proceso de retroalimentación ha sido efectivo.

Como actividad se realizará socialización de los hallazgos por parte del Médico de Apoyo DTH, en el próximo EPM, a todo el personal asistencial de los servicios hospitalarios.

### **POA POR SEDES**

Para la presente vigencia cada una de las sedes cuenta con su respectivo POA, el cual incluye:

- ✓ Realizar seguimiento periódico al proceso de asignación de citas en el Centro de Salud con el fin de identificar desviaciones y tomar los correctivos inmediatos

- ✓ Gestionar la participación del equipo de trabajo en las capacitaciones que se realicen del proceso de higienización de manos.
- ✓ Realizar el EPM mensualmente con sus respectivas actas aprobadas.
- ✓ Participar en la reunión de evaluación por procesos según cronograma establecido

El CAA del Sur cuenta con un indicador adicional referente a Definir e implementar estrategias que permitan mejorar los resultados de la captación temprana.

### **CAA DEL SUR**

Para el cuarto trimestre del año 2024, se tuvieron los siguientes análisis para cada actividad:

Realizar seguimiento periódico al proceso de asignación de citas en el CAA del Sur con el fin de identificar desviaciones y tomar los correctivos inmediatos. Para el 4to trimestre del año 2024, se cumple al 100% teniendo en cuenta que se cumplen con los 3 análisis programados a la fecha, respecto a la oportunidad de primera vez de cita de medicina general, resaltando que dicho indicador se logra manejar y controlar por medio de la estrategia médico al día y adicional, la disponibilidad de los funcionarios para atender pacientes extras, cuando surge la necesidad, nivelando las consultas cada día, además de verificación de cada usuario que realiza solicitud de cita médica.

Definir e implementar estrategias que permitan mejorar los resultados de la captación temprana, de las actividades programadas para el segundo semestre del año, en la captación de las usuarias se cumple con el 100% de lo programado según bases de datos del programa, piezas publicitarias, logrando cerrar el indicador en un 72% para la vigencia 2024, 4 puntos por encima en comparación con la vigencia 2023.

Gestionar la participación del equipo de trabajo en las capacitaciones que se realicen del proceso de higienización de manos, se cumple con el 100% teniendo, logrando a su vez una adherencia del 100%, a los 5 momentos de la higiene de manos, esto evidencia que sus funcionarios realizan alguna técnica de higiene de manos en la atención que prestan a los pacientes y demás actividades asistenciales que tienen a su cargo.

Realizar el EPM mensualmente con sus respectivas actas aprobadas. Se cumple al 100% teniendo en cuenta que al momento se encuentra con actas de los meses de octubre, noviembre y diciembre, se hace verificación continua de los funcionarios pendientes de aprobación de las actas.

Participar en la reunión de evaluación por procesos según cronograma establecido, se cumple a cabalidad el 100% pues en las evaluaciones por procesos realizadas, se ha contado con la presencia de la enfermera coordinadora, se han logrado el análisis de los indicadores desviados y se han obtenido mejores resultados.

### **CENTRO DE SALUD EL CAIMO**

Para el cuarto trimestre, se visualiza el cumplimiento de las actividades programadas en el Plan Operativo Anual, se evidencia que el porcentaje es igual a lo programado. Por consiguiente, es importante analizar lo siguiente:

Durante el cuarto trimestre, el tiempo promedio de espera para la asignación de citas

de primera vez en medicina general fue de 1.75%, equivalente a menos de un día. Esto se encuentra dentro del tiempo esperado para este indicador (menos de tres días), cumpliendo así con la meta establecida. En el tercer y cuarto trimestre se logra una adherencia del 100%, a los 5 momentos de la higiene de manos, esto evidencia que los funcionarios realizan alguna técnica de higiene de manos en la atención que prestan a los pacientes y demás actividades asistenciales. Las reuniones del Equipo Primario de Mejoramiento (EPM) se llevaron a cabo de manera mensual, según lo programado en el centro de salud. A dichas reuniones asistieron todos los convocados y se logró la aprobación de las actas con un 100% de cumplimiento tanto en la realización de las reuniones como en la aprobación de los registros correspondientes, con respecto a la reunión de evaluación por procesos la coordinadora asistió a las reuniones programadas por la Subgerencia Científica.

## CENTRO DE SALUD LA CLARITA

Se analiza el seguimiento del Centro de Salud del indicador de oportunidad de primera vez por medicina general y se presentó una oportunidad en el: cuarto trimestre de: (Octubre: 1,70, Noviembre: 1,92 y Diciembre: 1,66.), con promedio final óptimo de: 1,7, donde se analiza que la oportunidad está a menos de 3 días, y este logro se debe: gracias al apoyo que desde la coordinación médica se hace con los 4 médicos asignados, y al buen filtro antes de asignar la cita para verificar pertinencia al manejo de las agendas tratando de mantener un buen número de cupos para consulta de primera vez en menos de 24 horas, por ello se logra mantener este indicador en nivel óptimo.

Con respecto al análisis del indicador de adherencia a los cinco momentos de higiene de manos, se evalúa el: 4to. Trimestre, con una adherencia adecuada (95 %) a los 5 momentos de la higiene de manos, esto evidencia que sus funcionarios realizan alguna técnica de higiene de manos en la atención que prestan a los pacientes y demás actividades asistenciales que tienen a su cargo y este centro de atención cuenta con una tendencia positiva y se logra mantener así gracias a la participación del equipo de trabajo en las capacitaciones de Higiene de manos de todo el personal, donde fueron convocados en el mes de diciembre 2024, los 15 funcionarios y participaron los 15 funcionarios con un porcentaje de cumplimiento del: 100%

Para el indicador de porcentaje de cumplimiento a la realización del: EPM se evalúan los 3 meses: Octubre, noviembre y diciembre con un cumplimiento del 100%, esto se debe al gran compromiso de todo el equipo durante este periodo, ya que logra el objetivo con la participación y aprobación de todos los funcionarios convocados al mismo.

Porcentaje de participación en la reunión de evaluación por procesos, se encuentra que de los 39 indicadores que se evalúan, se encuentra desviados: 1. Porcentaje ocupacional de consultorios médicos en el centro de salud Clarita, se cuenta con 3 consultorios para ofertar consulta médica de: 27 horas día, y del 100% de horas ofertadas, en el trimestre se obtuvo un resultado de: Octubre: 85.76%, Noviembre: 72,56% y Diciembre: 70,18%, se obtiene un promedio final de: 74%, quedando disponible: 26 % para oferta de consulta médica, Se analiza que se puede asignar más horas médico, con el propósito de aumentar las actividades, de promoción y prevención.

Gestión de la remisión prioritaria de los servicios ambulatorios de la Clarita, Se tiene que el número de remisiones prioritarias gestionadas hacia otras EAPB durante los meses de: Octubre: 36,36%, noviembre: 28,57% y diciembre fue del 15.7 %, con un

promedio final de: 73,3%

### **CENTRO DE SALUD CORREA GRILLO**

Para el cuarto trimestre en el Tiempo promedio de espera para la asignación de la cita de medicina general de primera vez según Resolución 256 de 2016, en el Centro de Salud Correa Grillo, no se encuentra desviado, cumpliendo con el estándar establecido del indicador, por lo que no hay planes de mejora a realizar. En el cuarto trimestre se observa un promedio de 1,56 días para la asignación de citas de medicina general de primera vez.

En la adherencia a los cinco momentos de higiene de manos en el Centro de Salud Correa Grillo se encuentra con un indicador desviado, en el mes de septiembre en un 87,88% no supera el estándar que es 90% hay mala adherencia a la higienización de las manos, se han realizado retroalimentación por parte de seguridad del paciente en las auditorías realizadas por ellos, también se ha socializado y retroalimentado en los EPM realizados en el centro de salud. Además, hubo cambio de personal el cuál no estaba adherente a la higienización de las manos, para el mes de diciembre se logró mantener el indicador dentro de lo esperando, se logró un porcentaje del 100%.

Se realizaron los EPM correspondientes al centro de salud, todos confirmados y aprobados, la asistencia y las actas se encuentran en la plataforma Torresoft 100% programados, 100% realizados y 100% de asistencia

Se han tenido reuniones de evaluación por procesos así como las capacitaciones mensuales se han realizado las convocatorias, con 100% de asistencia a las reuniones programadas

### **CENTRO DE SALUD PARAÍSO**

El indicador de primera vez de medicina, se mantuvo en estándares en el cuarto trimestre, no requiere plan de mejoramiento, en el momento no hay ninguno activo.

El proceso de higienización de manos, es un tema de constante abordaje, se realizan capacitaciones por parte del área de seguridad del paciente, se socializan los hallazgos y se refuerza la importancia de cumplir con la limpieza de manos.

Se dio cumplimiento a la realización de los EPM las actas se encuentran aprobadas en la plataforma establecida.

La reunión de Evaluación por procesos para la revisión de indicadores del último trimestre se realizó en el mes de enero de 2025.

### **CENTRO DE SALUD PILOTO URIBE**

Tiempo promedio de espera para la asignación de la cita de medicina general de primera vez según Resolución 256 de 2016, en el centro de salud Piloto Uribe (Días) se encuentra como razón principal de mantener este indicador dentro de estándar establecido, todas las estrategias implementadas, como el sobre cupo, el paciente en espera, el horario preferencial, hacen que el indicador cumpla se resalta por parte de la coordinadora del centro de salud el equipo de trabajo.

Adherencia a los cinco momentos de higiene de manos en el Centro de Salud Piloto

Urbe (Porcentaje), al mes de diciembre se tiene un cumplimiento del 97%. el equipo de trabajo muestra su deseo de mejora continua con unos resultados satisfactorios.

Porcentaje de avance en la implementación de los niveles de acreditación, se programaron tres reuniones de los EPM cada uno cuenta con sus actas respectivas.

En el cuarto trimestre se programaron tres reuniones, tres se realizaron con las respectivas actas, se analizaron los indicadores en la reunión de evaluación por procesos.

9

## CENTRO DE SALUD SANTA RITA

Para este trimestre en los meses de octubre, noviembre y diciembre, el indicador se encontró dentro de los parámetros esperados, sin registrar desviaciones con sus respectivos análisis.

El centro de salud Santa Rita cuenta con una adherencia de un 100% a la higiene de lavado de manos, siendo un porcentaje adecuado que no requiere plan de mejora, se realizaron los EPM dando cumplimiento al cronograma establecido, se participó de la reunión de evaluación por procesos.

## UNIDAD INTERMEDIA DEL SUR

Durante el cuarto trimestre el promedio obtenido para la asignación de citas médicas de primera vez fue del 1,34. es decir este se presentó dentro del tiempo esperado menor a tres días, por lo cual no se hace necesario establecer plan de mejora para este indicador.

Se realizó capacitación al equipo de trabajo de consulta externa de la UIS, en adherencia a los cinco momentos de higiene de manos y su importancia con un total de asistencia del 100% de los convocados, como resultado se estas capacitaciones se obtienen un 100% de adherencia en este indicador.

Se realizaron los EPM correspondientes a los meses de octubre, noviembre y diciembre, se elaboraron las actas correspondientes de manera oportuna y las mismas fueron aprobadas por el 100% de los convocados, actas de las reuniones reposan en la plataforma torresoft.

Se participó en la reunión de procesos convocada por la Subgerencia Científica, aprobando el acta correspondiente de manera oportuna, las actas de las reuniones reposan en la plataforma Torresoft.

En conclusión, se puede evidenciar en el tablero de indicadores de Torresoft de todas las sedes el cumplimiento al seguimiento y control de los indicadores de:

- ✓ Realizar seguimiento periódico al proceso de asignación de citas en el Centro de Salud con el fin de identificar desviaciones y tomar los correctivos inmediatos
- ✓ Gestionar la participación del equipo de trabajo en las capacitaciones que se realicen del proceso de higienización de manos.
- ✓ Realizar el EPM mensualmente con sus respectivas actas aprobadas.
- ✓ Participar en la reunión de evaluación por procesos según cronograma establecido.

El CAA del Sur cuenta con un indicador adicional referente a Definir e implementar estrategias que permitan mejorar los resultados de la captación temprana, las coordinadoras de todas las sedes han cumplido con el porcentaje y cronograma establecidos en un 100%

#### **Proporción de vigilancia de eventos adversos**

Se realizaron capacitaciones con el fin de fortalecer los reportes de atenciones inseguras que se detecten y evaluaciones de conocimiento, se dio cumplimiento al cronograma establecido para el trimestre.

#### **Porcentaje de implementación de las GPC**

Se realizó auditoría de adherencia a las recomendaciones establecidas en el instrumento de medición de las guías priorizadas en el Comité de Historias Clínicas para consulta externa, correspondiendo a Hipertensión y Diabetes Mellitus, para lo cual, el comité de historias clínicas determinó una muestra trimestral de 33 historias clínicas por cada una de ellas, alcanzando una adherencia del 95% para Hipertensión Arterial y del 95% para Diabetes Mellitus.

#### **Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de primera vez de medicina general en toda la red**

El seguimiento al proceso de asignación de citas se realiza de manera permanente generando un informe mensual de las desviaciones encontradas al supervisor del contrato el cual incluye acciones de mejoramiento.

#### **Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS**

En comité de Atención Centrada en el Usuario del 18 de enero de 2024, el líder del Departamento de Información y Registro presentó las muestras para las encuestas de satisfacción se toma como referencia el sistema de muestreo aleatorio simple. Los integrantes del comité dan como aprobado la muestra estadística para el sistema de muestreo aleatorio simple con el 95% de confiabilidad. Que determina una aplicación de 2515 encuestas para la vigencia y 629 encuestas a aplicar en cada trimestre. Para el tercer trimestre se aumentó la muestra ya que se incluyó en la encuesta la Farmacia del Centro de Salud Piloto Uribe con una muestra de 78 encuestas trimestrales.

Durante el cuarto trimestre se aplicaron 707 encuestas, cumpliendo con la meta programada para el período ubicada en 707 encuestas. Se realizó tabulación y análisis de los datos obtenidos y se socializó informe en Comité de Atención Centrada en el Usuario programado el 16 de enero de 2025.

No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta	Personas Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	Meta anual (Ponderación o Porcentaje)			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			CONSOLIDADO AÑO		
								PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%
2	Realizar auditoria a las historias clínicas de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud de primera infancia e infancia, según muestreo estadístico definido en el comité de Salud" para cada uno de los cursos de vida según Resolución 3280 del 2018.	Porcentaje de adherencia al anexo técnico "Directrices obligatorio cumplimiento Ruta Integral de Atención para la operación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud" para cada uno de los cursos de vida según Resolución 3280 del 2018.	No. de historias clínicas de primera infancia e infancia adheridas al anexo técnico "Directrices obligatorio cumplimiento Ruta Integral de Atención para la operación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud" para cada uno de los cursos de vida según Resolución 3280 del 2018. / Total de historias clínicas de primera infancia e infancia auditadas según muestreo establecido en el comité de historias clínicas .	100%	Auditoria médica y de enfermería	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	26%	26%	26%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
3	Formular el plan de mejora para aquellos profesionales que no están adheridos al anexo técnico "Directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud"	Porcentaje de cumplimiento a planes de mejora suscritos como producto de la auditoria de las historias clínicas	No. de planes de mejora formulados con cumplimiento a planes de mejora suscritos como producto de la auditoria de las historias clínicas	100%	Auditoria médica y de enfermería	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	28%	26%	26%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
4	Realizar auditoria a las historias clínicas de la Ruta Integral Materno Perinatal según muestreo estadístico definido en el Comité de Historias Clínicas	Porcentaje de adherencia a la Ruta Materno Perinatal, según Resolución 3280 del 2018.	No. de historias clínicas adheridas a la Ruta Materno Perinatal, según Resolución 3280 del 2018 / Total de historias clínicas auditadas según muestreo establecido en el Comité de Historias Clínicas *100	100%	Auditoria médica y de enfermería	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	26%	26%	26%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
5	Formular el plan de mejora para aquellos profesionales que no están adheridos al anexo técnico "Directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la Ruta Integral materno perinatal"	Porcentaje de cumplimiento a planes de mejora suscritos como producto de la auditoria de las historias clínicas perinatal	No. de planes de mejora formulados con cumplimiento a planes de mejora suscritos como producto de la auditoria de las historias clínicas perinatal	100%	Auditoria médica y de enfermería	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	26%	26%	26%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
6	Implementar acciones de mejoramiento con base en socialización de las atenciones de Triage II que hayan sido de atención mayor realizadas después de 30 de 30 minutos en Triage II	Porcentaje de hallazgos de tiempos II que hayan sido de atención mayor realizadas después de 30 de 30 minutos en Triage II	No. de socializaciones realizadas / No. De hallazgos identificados*100	100%	Coordinador de Urgencias	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	26%	26%	26%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
7	Seguimiento al cumplimiento de los planes de acción de cada una de las sedes	Porcentaje de seguimiento realizado	N. de seguimientos reportados / Total de seguimientos programados*100	100%	Coordinadoras de sedes	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	26%	26%	26%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
8	Realizar capacitaciones con el fin de fortalecer los reportes de atenciones inseguras que se detecten	Porcentaje de cumplimiento de las capacitaciones	N. de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas *100	100%	Líder de seguridad del paciente	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	26%	26%	26%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
9	Realizar auditoria de adherencia a las GPC priorizadas	Porcentaje de adherencia a las GPC priorizadas y auditadas	N. de historias clínicas adherentes a las GPC / Total de HC auditadas*100	100%	Líder de auditoria	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	26%	26%	26%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
10	Realizar seguimiento periódico al proceso de asignación de citas con el fin de identificar desviaciones y tomar los correctivos inmediatos	Cumplimiento de planes de mejoramiento	N. de acciones de mejoramiento que presentaron cumplimiento / Total de acciones de mejoramiento diseñadas para mejorar el resultado de oportunidad de asignación de cita de primera vez	100%	DTA	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	26%	26%	26%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
11	Aplicar la encuesta de satisfacción global según periodicidad establecida.	Encuesta aplicada	No. de personas a los que se les aplicó la encuesta / Total de personas programadas para realizar la aplicación de la encuesta*100	100%	Líder del SIAU	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	26%	26%	26%	60%	60%	60%	60%	60%	60%

Para el cuarto trimestre se dio cumplimiento al 100% de lo programado en el plan de acción del componente Fortalecer el modelo de atención en gestión del riesgo en salud.

		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2024		
LÍNEA	COMPONENTE POA	4TO TRIMESTRE		PROGRAMADO
		EJECUTADO		
1. Prestación de servicios de salud enfocados en la gestión del riesgo	Fortalecimiento de la contratación de los servicios de salud	2,50%		2,50%
	Fortalecer el modelo de atención en gestión del riesgo en salud	2,50%		2,50%

La línea prestación de servicios de salud enfocados en la gestión del riesgo cumplió con el 100% de lo programado en el trimestre.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 2

### Innovación, inversión y sostenibilidad institucional.

Objetivo: Mantener el equilibrio financiero a través del uso eficiente de los recursos, además de mejorar la infraestructura tecnológica que fortalezca la prestación de los servicios de salud.

Con el fin de optimizar los recursos de la operación institucional para contribuir al equilibrio financiero y la sostenibilidad en el tiempo, así como la modernización de la infraestructura tecnológica para una adecuada prestación de los servicios de salud, se definieron dos (2) componentes:

1. Modernización de la infraestructura y estructura tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
Innovación, inversión y sostenibilidad institucional	Mantener el equilibrio financiero a través del uso eficiente de los recursos, además de mejorar la infraestructura tecnológica que fortalezca la prestación de servicios de salud.	Modernización de la infraestructura y estructura tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios	Gestión de proyectos: Infraestructura, dotación, tecnologías	No. de proyectos presentados / Total de proyectos programados a presentar *100	0,9

### Gestión de proyectos: Infraestructura, dotación, tecnologías

Se cuenta con un responsable para la gestión de los proyectos, durante el cuarto trimestre se realizaron las actividades programadas como:

- ✓ Reunión entre la ESE y representante del Ministerio de Salud para construcción de propuesta de proyectos por "adecuaciones menores".

- ✓ Cargue en Plataforma de Plan Bienal de Ajuste 1-2024.
- ✓ Mesa técnica virtual con Ministerio de Salud para gestión de recursos para adecuaciones menores.
- ✓ Presentación ante CTSSS de iniciativas de la ESE, así mismo se realizó el análisis al concepto técnico emitido por el Ministerio de Salud a los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de la ESE.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2024							Meta anual (Ponderación o Porcentaje)		TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			CONSOLIDADO AÑO		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%.	PROG	REAL	%	
12	Asignar un responsable para la gestión de los proyectos	Recurso humano asignado	Responsable asignado	100%	Mejora Continua	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	50%	50%	50%	
13	Presentación de avances de la gestión de los proyectos ante el comité de gerencia	Porcentaje cumplimiento de las socializaciones de los proyectos ante el comité de gerencia	No. de presentaciones realizadas ante el comité / total de presentaciones programadas	100%	Mejora Continua	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	50%	50%	50%	

Para el cuarto trimestre se dio cumplimiento al 100% de lo programado en el plan de acción del componente Modernización de la infraestructura y estructura tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios.

## 2. Red Salud sostenible y eficiente.

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
Innovación, inversión y sostenibilidad institucional	Mantener el equilibrio financiero a través del uso eficiente de los recursos, además de mejorar la infraestructura tecnológica que fortalezca la prestación de servicios de salud.	Red Salud sostenible y eficiente	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de la evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluyendo el valor comprometido de cuentas por pagar de vigencias anteriores).	≥1
			Gestión del recaudo de la radicación generada durante la vigencia con las diferentes EAPB	Vr. Recaudado/Vr radicado ante las diferentes EAPB*100	90%

### Resultado equilibrio presupuestal con recaudo

Se realizó seguimiento a la ejecución presupuestal, con respecto a los ingresos estos fueron \$ 42.133 millones de pesos, los compromisos \$ 33.084 millones de pesos, de los compromisos totales se tiene obligado al 31 de diciembre \$33.083 millones de pesos. De los cuales se realizaron pagos por valor de \$31.717 millones de pesos y

cuentas por pagar por valor de \$1.366 millones de pesos.

### Gestión del recaudo de la radicación generada durante la vigencia con las diferentes EAPB

Del 1 de octubre al 31 de diciembre de 2024 se generaron 7793 facturas EVENTO teniendo un aumento del 22,6% comparado con el tercer trimestre 2024. De las cuales se radicaron 7793 dando cumplimiento del 100%

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2024							Meta anual (Ponderación o Porcentaje)		TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			CONSOLIDADO AÑO		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	
14	Informe de seguimiento trimestral al comportamiento de la ejecución presupuestal del ingreso y el gasto	Porcentaje de ejecución presupuestal de los ingresos y gastos	No. De informes de seguimientos realizados/total de seguimientos programados*100	100%	Profesional Financiera	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	50%	50%	50%	
15	Radicación oportuna de los servicios prestados por evento a las diferentes EAPB	Gestión de radicación en periodo evaluado	No. de facturas radicadas del periodo que se prestó el servicio/Total de facturas generadas en el periodo que se prestó el servicio.*100	100%	Líder Facturación	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	50%	50%	50%	

Logrando así el 100% de lo programado en el cuarto trimestre en el componente de Red Salud sostenible y eficiente.

		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2024			
LÍNEA		COMPONENTE POA	4TO TRIMESTRE		
			EJECUTADO	PROGRAMADO	
2. Innovación, inversión y sostenibilidad institucional		Modernización de la infraestructura y estructura tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios	2,50%	2,50%	
		Red Salud sostenible y eficiente	2,50%	2,50%	

La línea Innovación, inversión y sostenibilidad institucional cumplió con el 100% de lo programado en el trimestre.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 3

**Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua.**

15

Objetivo: Fortalecer la gestión Organizacional con el propósito de satisfacer las necesidades de los grupos de interés.

La estandarización de los procesos orienta a una correcta toma de decisiones, así como a la transparencia en la gestión pública, para ello se definieron tres (3) componentes:

### 1. Acreditación somos todos ¡!

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua.	Fortalecer la gestión Organizacional con el propósito de satisfacer las necesidades de los grupos de interés.	Acreditación somos todos!!	Efectividad de la auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud	No. de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas /total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	≥0,9
			Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a las entidades no acreditadas con autoevaluación de la vigencia anterior.	Promedio de calificación de la evaluada/promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.	2,2
			Porcentaje de PQRSD con respuesta antes de 15 días	No. De PQRSD con respuesta dentro del término definido / total de PQRSD radicadas en el periodo*100	100%
			Porcentaje de pacientes que refieren recibirlos los derechos durante su atención	No. de usuarios que calificaron bueno y muy bueno a los ítems relacionados con los derechos a recibir / No. de respuestas obtenidas en el grupo 1 de derechos* 100	76%

#### **Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad**

Durante el cuarto trimestre se realizó seguimiento en los meses de octubre y noviembre, finalizando con el siguiente resultado: No iniciado: 0%, Atrasado: 2%, En desarrollo: 3% y Completo: 95%

## **Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación de la vigencia anterior**

Se realizó el análisis de los resultados de la encuesta de Clima de seguridad del paciente a los funcionarios del área asistencial. La escuela de humanización realizó la segunda sesión los días 2 y 3 de diciembre en el auditorio de la Universidad del Quindío, la invitación se extendió a todos los funcionarios de la red, se capacitó a un total de 338 personas entre asistenciales y administrativos. Se realizó el comité de sistemas integrados de sistemas integrados de gestión del riesgo correspondiente al cuarto trimestre de la vigencia 2024; en el comité se desarrollaron los puntos programados para el comité del tercer trimestre.

Se realizó la encuesta de percepción de la cultura organizacional durante los meses de noviembre y diciembre con la participación de 146 trabajadores.

Con respecto a la auditoria interna de los procesos definidos priorizados Para el cuarto trimestre del año 2024 se realizaron auditorías internas al proceso de Vigilancia Epidemiológica, aplicando la lista de chequeo al proceso según los criterios relacionados a las diferentes actividades que desarrolla dentro de la institución y el cumplimiento de las mismas.

Para la implementación del proceso de gestión de la tecnología biomédica fortaleciendo el proceso de adquisición de tecnología biomédica, en el cuarto trimestre del 2024 no se realiza ninguna adquisición de equipos biomédicos, se realiza adquisición mediante contrato de suministro de repuestos para mantenimiento correctivo.

Para el cuarto trimestre se realizaron seguimientos programados en la implementación del eje de responsabilidad social, alcanzando el 100% de lo programado.

En el cumplimiento a los reportes de los indicadores obligatorios asignados al proceso se realizó reporte de los indicadores correspondientes a las Resoluciones: 1552, 256 y 1604. Se reportó a las EPS y secretarías correspondientes, esto dentro de los tiempos establecidos.

Para mejorar los procesos relacionados con la salud ambiental, durante el cuarto trimestre del año 2024, se socializaron e implementaron las diferentes iniciativas ambientales en las diferentes sedes, tales como: Uso eficiente de agua y energía, uso eficiente y ahorro de papel, recolección de tapas plásticas y pilas usadas, recolección de aceite de cocina usado, recolección de aparatos eléctricos y electrónicos.

### **Porcentaje de PQRSD con respuesta antes de 15 días**

Se direccionaron y gestionaron 246 PQRSDF durante el cuarto trimestre de 2024. Se dio respuesta oportuna atendiendo a los términos de ley a todas las PQRSDF recibidas durante el trimestre, en el cual se cumple con el indicador. Este informe se socializó el 16 de enero de 2025 en el Comité de Atención Centrada en el Usuario.

### **Porcentaje de pacientes que refieren recibieron satisfactoriamente los derechos durante su atención**

Se ha dado cumplimiento al cronograma anual de socializar los derechos y deberes al cliente interno y externo para el cuarto trimestre de 2024, se socializo a 784 personas y los resultados se presentaron en el Comité de atención centrada en el usuario y su familia.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2024							Meta anual (Ponderación o Porcentaje)		TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			CONSOLIDADO AÑO		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	
16	Realizar los seguimientos programados para verificar el cumplimiento de las acciones de mejoramiento de la calidad en la atención en salud	Efectividad de la auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud	No. De seguimientos realizados / Total de seguimientos programados*100	100%	Coordinadora Mejora Continua	Porcentaje	100%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	67%	67%	67%	
17	Realizar medición de la percepción de la seguridad del paciente	Porcentaje de medición de la percepción del clima de seguridad del paciente	N. de mediciones de percepción del clima de seguridad del paciente realizadas y analizadas / Total de encuestas programadas*100	100%	Líder de seguridad del paciente	Porcentaje	100%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	100%	100%	100%	
18	Implementar la escuela de humanización	Cobertura de funcionarios y/o trabajadores que participaron de la escuela de humanización	N. de funcionarios y/o trabajadores que son certificados / Total de funcionarios y/o trabajadores a certificar*100	100%	Líder de humanización	Porcentaje	100%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	67%	67%	67%	
19	Dar continuidad a la operativización del comité de sistemas integrados de gestión del riesgo	Porcentaje de cumplimiento a la realización del comité de sistemas integrados de gestión del riesgo	N. de comités realizados / Total de comités programados*100	100%	Líder de gestión del riesgo	Porcentaje	100%	25%	0%	0%	25%	25%	25%	50%	25%	25%	
20	Dar continuidad a la implementación del proceso de gestión fortaleciendo el proceso de adquisición de tecnología biomédica	Porcentaje de evaluación de la tecnología biomédica con metodología establecida	No. de tecnologías biomédicas adquiridas evaluadas haciendo uso de la metodología definida / Total de tecnología biomédica adquirida*100	100%	Líder de gestión biomédica	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	50%	50%	50%	
21	Fortalecer el compromiso en la atención en calidad del personal	Porcentaje de medición de la percepción de la cultura organizacional	No. de mediciones de percepción de la cultura organizacional realizadas y analizadas / Total de encuestas programadas de la cultura organizacional*100	100%	Líder de transformación cultural	Porcentaje	100%	33,3%	33%	33%	33,3%	33,3%	33,3%	67%	67%	67%	
22	Fortalecer la implementación del eje de responsabilidad social	Porcentaje de avance en la implementación del eje de responsabilidad social	No. de actividades desarrolladas / Total de actividades programadas a desarrollar *100	100%	Líder de responsabilidad social	Porcentaje	100%	33,3%	0%	0%	33,3%	33,3%	33,3%	67%	67%	67%	
23	Realizar auditoría interna de los procesos definidos priorizados	Porcentaje de cumplimiento cronograma auditoria	No. de auditorias realizadas / Total de auditorias programadas*100	100%	Auditor de procesos	Porcentaje	100%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	67%	67%	67%	
24	Dar cumplimiento a los reportes de los indicadores obligatorios asignados al proceso	Porcentaje de cumplimiento de los indicadores	No. de reportes de indicadores realizados / Total de reportes programados*100	100%	Referente de sistema de información para la calidad	Porcentaje	100%	25%	25,0%	25,0%	25%	25%	25%	50%	50%	50%	
25	Mejorar los procesos relacionados con la salud ambiental	Porcentaje de cumplimiento de la implementación del eje: Conciencia eco	No. de actividades desarrolladas / Total de actividades programadas a desarrollar **100	100%	Líder de gestión ambiental	Porcentaje	100%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	100%	100%	100%	
26	Analizar y socializar las causas de las quejas que presentan los usuarios en la ESE	Porcentaje de socializaciones realizadas	No. De socializaciones del análisis de las quejas realizadas / No. De socializaciones programadas*100	100%	Líder SIAU	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	50%	50%	50%	
27	Dar cumplimiento al cronograma de implementación de los derechos del paciente	Porcentaje de socializaciones realizadas	No. De socializaciones / No. De socializaciones programadas*100	100%	Líder SIAU	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	50%	50%	50%	

Para el cuarto trimestre el componente Acreditación somos todos cumplió con el 100% de lo programado en el plan de acción.

## 2. Comprometidos con una atención segura

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua.	Fortalecer la gestión Organizacional con el propósito de satisfacer las necesidades de los grupos de interés.	Comprometidos con una atención segura	Porcentaje de cumplimiento al Plan de gestión Integral de residuos generados en la atención en la salud	Total de ítem adherentes al PGIRASA / Total de ítem evaluados*100	90%
			Seguimiento a la de Ejecución del Plan de Mantenimiento Hospitalario	No. De seguimientos realizados del Plan de Mantenimiento Hospitalario / Total de seguimientos del Plan de Mantenimiento Hospitalario*100	90%
			Proporción de gestantes con tamización para sifilis.	No. De gestantes con tamizaje para sifilis gestacional/ No. De gestantes reportadas activas en el periodo.*100	90%
			Cobertura de vacunación con tercera dosis de polio y pentavalente en menor de un año del régimen subsidiado	No. de niñas y niños menores de un año de edad del régimen subsidiado con tercera dosis de polio y pentavalente / No. de niñas y niños menores de un año de edad estimada del régimen subsidiado para la aplicación de polio y pentavalente *100	95%
			Porcentaje de control de calidad interno del laboratorio clínico satisfactorio	Nº de controles de calidad interno con resultado satisfactorio / Nº de controles de calidad interno realizados * 100	98%
			Porcentaje de adherencia al manual de atención de víctimas de violencia de género	No. de historias clínicas auditadas de víctimas de violencia de género/ Total de historias clínicas auditadas de los reportes de víctimas de violencia de género*100	90%

### Porcentaje de cumplimiento al Plan de gestión integral de residuos generados en la atención en la salud

Durante el cuarto trimestre del año 2024, se aplicaron listas de chequeo de adherencia al PGIRASA en los Centros de salud Paraíso, Piloto Uribe, Clarita, Correa Grillo, CAA del sur y UIS.

El resultado de la aplicación de las listas de chequeo de adherencia al PGIRASA fueron socializados en el comité del grupo administrativo de gestión ambiental y sanitario del mes de noviembre de 2024.

### Seguimiento a la ejecución del plan de mantenimiento hospitalario

Para el Cuarto Trimestre de 2024, se realiza descripción de las actividades de mantenimiento preventivas y correctivas, de acuerdo a las visitas de inspección, mantenimiento y adecuaciones físicas realizadas en todas las sedes de la Red.

### **Proporción de gestantes con tamización para sífilis**

Para el cuarto trimestre del año, se tenían activas 343 gestantes. De estos, 263 se encuentran en el primer trimestre, 74 en el segundo trimestre y 6 en el tercer trimestre. Se revisó el tamizaje realizado para sífilis, 308 pacientes cumplen con los criterios establecidos para la edad gestacional, el trimestre de gestación y la fecha de tamización. Quedan pendientes 35 pacientes, de los cuales 24 son inasistentes a control prenatal y al tamizaje de laboratorio; todas ellas tienen seguimiento en la historia clínica y se ha notificado a la EAPB. Además, 11 pacientes son inasistentes solo a la toma de laboratorios, a quienes se les realiza un seguimiento diario.

Para el cuarto trimestre del año, se presentaron 9 casos de sífilis gestacional, de las cuales los 8 recibieron tratamiento oportuno, con soporte de notas registradas en historia clínica y base de seguimiento. El caso pendiente se notificó a su EAPB y Secretarías de Salud para gestionar reinicio de tratamiento no ha sido efectivo. Se realizó trabajo articulado con área de Laboratorio y Área de Epidemiología, servicio de urgencias, lo que nos permite identificar los casos.

### **Cobertura de vacunación con tercera dosis de polio y pentavalente en menor de un año del régimen subsidiado**

De acuerdo con el número de niños menores de un año registrados en la cohorte de nacidos vivos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), la meta para el tercer trimestre del año en curso es dar seguimiento oportuno a 655 menores de 1 año para la aplicación de la tercera dosis de las vacunas contra la polio y la pentavalente. Se realizó el seguimiento adecuado para la programación de las aplicaciones correspondientes.

Es importante mencionar que, si bien, el programa garantiza la totalidad de los seguimientos de menores registrados. No es posible la vacunación de todos puesto que se cuentan con diferentes causas de no vacunación, donde se incluye principalmente; datos desactualizados o incompletos en las bases de datos entregadas por las EAPB, salidas del país o del municipio que impiden los seguimientos presenciales y la renuencia de algunos padres para la vacunación de los menores.

### **Porcentaje de control de calidad interno del laboratorio clínico satisfactorio**

En el control Interno CCI se evalúa el desempeño del sistema de medición para liberar los resultados de las muestras de pacientes procesadas bajo las mismas condiciones de trabajo, el resultado obtenido para el material de control se compara con un intervalo de valores admisibles (los cuales están estipulados en los insertos de las técnicas), los cuales permiten detectar desvíos y variabilidad del sistema analítico, para tomar acciones preventivas y apoyar en la mejora del desempeño.

La frecuencia establecida de nuestro laboratorio para procesar los controles de calidad interno es diaria. Se deben procesar las muestras de control de calidad y los resultados obtenidos deben encontrarse dentro de los límites aceptables antes de procesar las muestras de pacientes.

Los controles también deben procesarse:

- ✓ Si ha cambiado el número del lote de un reactivo.
- ✓ Si se ha llevado a cabo algún procedimiento de mantenimiento correctivo o preventivo.
- ✓ Si se ha modificado el software.
- ✓ Después de calibrar.
- ✓ Según lo indicado en el programa de control de calidad del laboratorio.

## Porcentaje de adherencia al manual de atención de víctimas de violencia de género

Para el IV trimestre del 2024, se realizó auditoria a 32 historias clínicas de atenciones de violencia de género descritas como modalidad sexual y además se auditaron 84 historias clínicas correspondientes a otras violencias de género (negligencia y/o abandono y psicológica). Tras aplicar instrumento de auditoria institucional (se adjunta a este formato como evidencia) se obtiene que en manejo de otras violencias de género (modalidades distintas a la sexual) obtenemos el 96% lo que indica un porcentaje optimo dentro de la evaluación institucional; por otro lado, al analizar violencia de naturaleza sexual se encuentra el 86% para un consolidado institucional del 91% lo que indica un óptimo cumplimiento institucional a las responsabilidades del abordaje de las violencias de género, enmarcadas en el manual institucional de abordaje de víctimas de violencia de género. Se identifican debilidades en educación en IVE las cuales son repetitivas a nivel institucional por lo que se implementa plan de mejoramiento a pesar de no contar con incumplimiento institucional.

No.	SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2024				Meta anual (Ponderación o Porcentaje)	Unidad de Medida	TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			CONSOLIDADO AÑO			
	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta			Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%
28	Aplicar las listas de chequeo según el cronograma establecido aprobado por el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria	Porcentaje de listas de chequeo aplicadas en el periodo evaluado	No. de listas de chequeo programadas a aplicar.*100	100%	Líder Gestión Ambiental	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	60%	50%	50%
29	Socializar los resultados obtenidos de medición de adherencia en el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria	Porcentaje de socializaciones realizadas en el periodo evaluado	Total de socializaciones realizadas / Total de socializaciones programadas por el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria*100	100%	Líder Gestión Ambiental	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	60%	50%	50%
30	Ejecutar el plan de mantenimiento hospitalario de la ESE.	Porcentaje de cumplimiento al Plan de Mantenimiento Hospitalario	No. de Actividades ejecutadas del Plan de Mantenimiento Hospitalario / Total de actividades programadas en el Plan de Mantenimiento Hospitalario*100	100%	Líder Bienes y Servicios	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	60%	60%	50%
31	Realizar seguimiento a las gestantes activas (que hayan presentado cualquier atención en la ESE) con el fin de identificar según su edad gestacional y frecuencia, la tamización para sífilis gestacional	Tamización para sífilis gestacional	No. De gestantes tamizadas para sífilis gestacional según su edad gestacional y frecuencia / Total de gestantes activas a las cuales les corresponde la tamización según su edad gestacional y frecuencia.*100	100%	Líder Ruta materno perinatal	Porcentaje	100%	25%	23%	23%	25%	25%	25%	50%	48%	48%
32	Gestionar el tratamiento oportuno y completo para el manejo de la sífilis gestacional	Gestión de tratamiento oportuno y completo para sífilis gestacional	No. de gestantes realizadas para el tratamiento oportuno y completo para sífilis gestacional / Total de gestantes con resultado positivo a la tamización para sífilis gestacional*100	100%	Líder Ruta materno perinatal	Porcentaje	100%	25%	28%	28%	26%	26%	26%	60%	60%	60%
33	Realizar seguimiento a las cohortes (Recién nacido, PAI web) de niños menores de un año con el fin de identificar la población objeto de vacunar	Porcentaje de seguimiento a las cohortes	No. de niños menores de 1 año a los cuales se les realizó seguimiento oportuno para la aplicación de las tercera dosis de polio y pentavalente / Total de menores de 1 año registrado en las cohortes *100	100%	Líder de PAI	Porcentaje	100%	25%	26%	26%	25%	26%	25%	60%	60%	60%
34	Realizar seguimiento a los resultados de control de calidad interno e implementar acciones de mejora en el caso de presentar desviaciones	Implementar acciones de mejoramiento	No. de acciones con mejoramiento en el caso de presentar desviaciones / Total de acciones de mejoramiento definidas*100	100%	Coord. Laboratorio	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	60%	60%	60%
36	Realizar auditoria de historias clínicas a los casos reportados de víctimas de violencia de género que presentan adhesión	Porcentaje de adhesión	No. de historias clínicas auditadas de víctimas de violencia de género / Total de consultas realizadas a víctimas de violencia de género*100	100%	Epidemiología	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	28%	28%	26%	50%	50%	50%

Para el cuarto trimestre el componente Comprometidos con una atención segura cumplió con el 100% de lo programado en el plan de acción.

### 3. Gestión del desarrollo organizacional.

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua.	Fortalecer la gestión Organizacional con el propósito de satisfacer las necesidades de los grupos de interés.	Gestión del desarrollo organizacional	Gestión de la mejora continua del proceso de referencia y contrareferencia	No. de indicadores analizados y cargados en la plataforma / Total de indicadores del proceso de referencia y contrareferencia *100	100%
			Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	No. de metas del POA cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / No. de metas del POA programadas en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0.90
			Seguimiento y evaluación a las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)	No. De seguimientos realizados	4
			Seguimiento a la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones	No. De seguimientos realizados del PAA / Total de seguimiento del PAA programados *100 (Según necesidad)	90%
			Porcentaje de la ejecución de la gestión contractual en las diferentes fases.	No. de contratos legalizados oportunamente / No. de necesidades documentadas, planificadas y recibidas.*100 (Según necesidad)	100%
			Porcentaje de cumplimiento a las auditorías internas de gestión.	No. De auditorias internas de gestión realizadas/ No. De auditorias internas de gestión programadas*100	100%
			Porcentaje de seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	No. De seguimientos realizados al PAAC / No. De seguimientos programados al PAAC*100	100%
			Porcentaje de cumplimiento del Plan Institucional de Archivos PINAR	No. de actividades ejecutadas del PINAR/ Total de actividades programadas del PINAR*100	100%

#### Gestión de la mejora continua del proceso de referencia y contrareferencia

Con respecto al cargue y análisis de los resultados de los indicadores en la plataforma se cuenta con 22 indicadores los cuales se encuentran cargados y analizados hasta el cuarto trimestre. El resultado del análisis es presentado trimestralmente en el comité de referencia y contrareferencia dando cumplimiento al cronograma establecido para la vigencia 2024.

#### Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional

Se realizó el seguimiento y acompañamiento a los responsables de la ejecución de las actividades programadas para dar cumplimiento al POA y plan de acción aprobado para la vigencia.

## **Seguimiento y evaluación de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y gestión MIPG**

Este instrumento de gestión de corto plazo nos permite definir las actividades que se realizaron durante este periodo las cuales nos muestran los resultados previstos en el plan de trabajo desde la oficina del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. Se dio cumplimiento del 100% para la vigencia al número de actividades programadas en el trimestre, para este periodo se tenían programadas desde el plan de trabajo 8 actividades: se realizaron los comités institucionales programados en el trimestre, se presentaron los indicadores, el seguimiento a los planes institucionales de sistemas y archivo, también se presentó la socialización de la actualización de los autodiagnósticos del tercer trimestre de 2024 y la proyección de los planes institucionales para la vigencia 2025. En este trimestre se realizaron 18 mesas de trabajo, todas con cumplimiento del 100%. En las mesas de trabajo participaron: Gestión del talento Humano, Gobierno digital, defensa Jurídica, trámites, participación ciudadana, Gestión Documental, Gestión del conocimiento y la innovación y control interno. Todas con el objetivo de observar los avances realizados en el plan de acción de cada política.

### **Seguimiento a la ejecución del plan anual de adquisiciones**

El plan anual de adquisiciones, se publicó el 31 de enero del 2024; para tal, se realiza seguimiento con la parte presupuestal y de contratación. Para el 31 de Julio del 2024, se realizó actualización del mismo y publicación de lo realizado para el último semestre de la vigencia. El 26 de noviembre del 2024, se realizó actualización para incluir necesidades del ESE, y para el 31 de diciembre del 2024, se realizó la última actualización y publicación del PAA vigencia 2024.

### **Porcentaje de la ejecución de la gestión contractual en las diferentes fases**

Para verificar el cumplimiento y aplicación de los requisitos establecidos en el estatuto de contratación se realiza desde el área de contratación así mismo realiza la publicación de los contratos celebrados en el SECOP 2. Para el cuarto trimestre se relacionan los contratos así:

Prestación de servicios: 64  
Outsourcing: 1  
Consultoría: 1  
Suministro: 3  
TOTAL: 69 contratos celebrados

### **Porcentaje de cumplimiento a las auditorías internas de gestión**

En el comité institucional de coordinación de control interno se presentaron los resultados obtenidos en las auditorías internas, así como el seguimiento de planes de mejoramiento suscritos con entes de control.

### **Porcentaje de seguimiento al Plan anticorrupción y de atención al ciudadano**

Desde la oficina asesora de control interno se realiza el seguimiento de los componentes del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, así: primer seguimiento con corte a abril 30 de 2024, segundo seguimiento con corte al 31 de

agosto 2024, tercer seguimiento con corte a diciembre 31 el cual fue realizado y publicado en la página web institucional.

### Porcentaje de cumplimiento del Plan institucional de archivos PINAR

Se dio cumplimiento al PINAR para el cuarto trimestre, el resultado del cumplimiento fue presentado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	% (Ponderación o Porcentaje)	TERCER TRIMESTRE		CUARTO TRIMESTRE		CONSOLIDADO AÑO			
									PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	PROG	REAL
36	analizar los resultados de los indicadores en la plataforma	Analisis indicadores	No. de indicadores analizados / Total de indicadores por analizar * 100	100%	Líder de referencia	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	50%	50%	50%
37	Presentar el análisis de los resultados de los indicadores en el comité	Presentación resultados indicadores	No. de reuniones de comité de realizadas con análisis de indicadores / Total de reuniones de comité programados*100	100%	Líder de Referencia	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	50%	50%	50%
38	Realizar seguimiento y/o acompañamiento a los responsables de la ejecución de las actividades programadas.	Porcentaje cumplimiento POA	No. De informes de seguimiento realizados del POA/ No. De informes de seguimiento programados del POA.*100	100%	Líder de Planeación	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	50%	50%	50%
39	Ejecutar el plan de trabajo establecido en cada una de las dimensiones de trabajo MIPG	Cumplimiento al plan de trabajo	No. de actividades realizadas en el plan de trabajo de MIPG / Total de actividades programadas*100	100%	Profesional de apoyo a SPI	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	50%	50%	50%
40	Ejecutar el Plan Anual de Adquisiciones	Porcentaje cumplimiento al Plan Anual Adquisiciones	No. de compras y/o contratos realizados en la ESE / Total de compras y/o contratos incluidos en el PAA*100 (Según necesidad)	100%	Líder Bienes y Servicios	Porcentaje	100%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	67%	67%	67%
41	Verificar el cumplimiento y aplicación de los requisitos establecidos en el Estatuto de Contratación.	Porcentaje de cumplimiento de la totalidad de los requisitos legales.	No. de contratos revisados / Total de contratos suscritos*100	100%	Líder de Contratación	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	50%	50%	50%
42	Presentar los resultados obtenidos al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de las auditorías internas de gestión.	Socialización de los resultados obtenidos de la auditoría interna de gestión	No. de socializaciones realizadas de los resultados de la auditoría interna de gestión / Total de socializaciones programadas de los resultados de la auditoría interna de gestión *100	100%	Control Interno	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	50%	50%	50%
43	Realizar el seguimiento al cumplimiento de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Cumplimiento a los seguimientos de los componentes del Plan Anticorrupción y Atención Ciudadano	No. De seguimientos realizados a los componentes del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano/ No. De seguimientos programados a los componentes del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano*100	100%	Control Interno	Porcentaje	100%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	67%	67%	67%
44	Presentar el resultado obtenido del seguimiento al cumplimiento del PINAR en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.	Socialización de resultados obtenidos del seguimiento al cumplimiento PINAR	No. de socializaciones realizadas del resultado obtenido al seguimiento del PINAR en el Comité Institucional de gestión y desempeño. / Total de socializaciones programadas de seguimiento*100	100%	Coordinadora de Archivo	Porcentaje	100%	0%	0%	0%	50%	50%	50%	50%	50%	50%

Para el cuarto trimestre el componente Gestión del desarrollo organizacional cumplió con el 100% de lo programado en el plan de acción.

 Red Salud Armenia		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2024		
LÍNEA	COMPONENTE POA	4TO TRIMESTRE		
		EJECUTADO	PROGRAMADO	
3. Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua.	Acreditación somos todos	1,50%	1,50%	
	Comprometidos con una atención segura	0,50%	0,50%	
	Gestión del desarrollo organizacional	0,50%	0,50%	

La línea estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la Mejora continua cumplió con el 1000% de lo programado en el trimestre.

#### LÍNEA ESTRATÉGICA 4

##### Sistemas de Información y herramientas de integración

Objetivo: Satisfacer las necesidades de información generadas por los grupos de interés con seguridad, confiabilidad y oportunidad.

El uso de medios tecnológicos para la difusión de la información, la transparencia y el acceso a la información permitirán el logro del componente definido:

###### 1. Enlázate con la Red

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
Sistemas de información y herramientas de integración	Satisfacer las necesidades de información generadas por los grupos de interés con seguridad, confiabilidad y oportunidad	Enlázate con la red	Porcentaje de avance en la implementación del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI	No. de actividades realizadas del PETI/Total de actividades programadas en el PETI*100	92%
			Porcentaje de avance en la implementación del Plan de Seguridad y Privacidad de la información	No. De copias de seguridad realizadas de la base de datos / total De copias de seguridad programadas de la base de datos de acuerdo al Manual de Copias de Seguridad.*100	100%
			Porcentaje de avance en la implementación del Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información	No. De actividades realizadas del plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información / No. De actividades programadas del plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información.*100	92%
			Cumplimiento Plan Estratégico de Comunicaciones	No. de actividades ejecutadas del plan estratégico de comunicaciones / Total de actividades programadas del Plan estratégico de comunicaciones*100	90%

### **Porcentaje de avance en la implementación del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI**

Se realizaron 34 de las 35 actividades programadas en el plan estratégico de tecnologías de la información y la comunicación para el Cumplimiento en el cuarto trimestre del 97% y para la vigencia un acumulado de 97%

### **Porcentaje de avance en la implementación del Plan de Seguridad y Privacidad de la información**

Con respecto al avance en la implementación del plan de seguridad y privacidad de la información se realizó lo programado para un cumplimiento del 100% en el trimestre.

### **Porcentaje de avance en la implementación del plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información**

Se realizó el 100% de lo programado para el cuarto trimestre.

La presentación del seguimiento de cada uno de los planes estratégicos del área de sistemas se ha realizado dando cumplimiento al cronograma establecido.

### **Cumplimiento al Plan Estratégico de Comunicaciones**

Se realizaron las actividades programadas pertenecientes al cuarto trimestre, donde en el mes de octubre fueron socializadas 90 publicaciones, en noviembre se realizaron 147 y en diciembre fueron publicadas 90 piezas dándole cumplimiento al 100% de las actividades programadas.

De manera permanente se viene ejecutando el Plan estratégico de Comunicaciones mediante la difusión y socialización de las piezas publicitarias requeridas por cada proceso.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2024							Meta anual (Ponderación o Porcentaje)		TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			CONSOLIDADO AÑO		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	
45	Presentar el seguimiento del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI en el Comité Institucional de gestión y desempeño.	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI monitoreado	No. de seguimientos realizados al Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI en el Comité Institucional de Gestión y desempeño/ No. De seguimientos programados al plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI en el Comité Institucional de Gestión y desempeño*100	100%	Líder de Sistemas	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	80%	50%	50%	
46	Presentar el seguimiento del Plan de Seguridad y Privacidad de la información en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Plan de Seguridad y Privacidad de la información monitoreado	No. de seguimientos realizados al Plan de Seguridad y Privacidad de la información en el Comité Institucional de Gestión y desempeño/ No. De seguimientos programados al Plan de Seguridad y Privacidad de la información en el Comité Institucional de Gestión y desempeño*100	100%	Líder de Sistemas	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	50%	50%	50%	
47	Presentar el seguimiento del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Plan de tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información monitoreado	No. de seguimientos realizados al Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información en el Comité Institucional de Gestión y desempeño/ No. De seguimientos programados al Plan de Seguridad y Privacidad de la información en el Comité Institucional de Gestión y desempeño*100	100%	Líder de Sistemas	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	50%	50%	50%	
48	Ejecutar el plan de Comunicaciones	Porcentaje ejecución del plan estratégico comunicaciones	No. De actividades realizadas del plan estratégico de comunicaciones / total de actividades programadas del plan estratégico de comunicaciones *100	100%	Líder de Comunicaciones	Porcentaje	100%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	67%	67%	67%	

Para el cuarto trimestre el componente Enlázate con la Red cumplió con el 100% de lo programado en el plan de acción.

		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2024			
LÍNEA		COMPONENTE POA		4TO TRIMESTRE	
				EJECUTADO	PROGRAMADO
4. Sistemas de información y herramientas de integración		Enlazate con la red		6,00%	6,00%

La línea estratégica Sistemas de información y herramientas de integración cumplió con el 100% de lo programado en el cuarto trimestre

## LÍNEA ESTRATÉGICA 5

### Hospital competente e innovador en prácticas formativas e investigación académica

Objetivo: Contribuir a la formación académica con altos estándares de calidad.

El reconocimiento a nivel tanto local como departamental y nacional se alcanzará desarrollando efectivamente el componente definido para lograrlo:

#### 1. Fortalecimiento de la ESE como centro de formación académica

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
Hospital competente e innovador en prácticas formativas e investigación académica	Contribuir a la formación académica con altos estándares de calidad.	Fortalecimiento de la ESE como centro de formación académica	avance de la calificación de los centros de prácticas formativas	Promedio de la calificación de los centros de práctica formativa de la vigencia actual /Promedio de la calificación de los centros de práctica formativa de la vigencia inmediatamente anterior.	>1

#### Avance de la calificación de los centros de prácticas formativas

El informe de evaluación de las prácticas formativas de la vigencia fue elaborado y socializado ante el Comité de Gerencia.

Con respecto a los Comités Docencia Servicios Durante el cuarto trimestre se programaron 9 CODAS de finalización con las diferentes instituciones y programas con las que se tiene convenio, se realizaron el 100% de los CODAS programados.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2024							Meta anual (Ponderación o Porcentaje)	TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			CONSOLIDADO AÑO		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%
49	Realizar informe de evaluación de las prácticas formativas en la vigencia.	informe final de evaluación de las prácticas formativas de la vigencia.	Documento elaborado (1)	100%	Profesional de apoyo Convenios Docencia Servicio	Porcentaje	100%				100%	100%	100%	100%	100%	100%
50	Comité Servicios Docencia	CODAS de inicio y finalización por periodo académico	No.CODAS celebrados por periodo académico/No. CODAS programados por periodo académico *100	100%	Profesional de apoyo Convenios Docencia Servicio	Porcentaje	100%				50%	50%	50%	50%	50%	50%

Para el cuarto trimestre el componente POA Fortalecimiento de la ESE como centro de formación académica, cumplió con el 100% de lo programado en el plan de acción.

LÍNEA	COMPONENTE POA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2024	
		4TO TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
5. Hospital competente e innovador en prácticas formativas e investigación académica	Fortalecimiento de la ESE como centro de formación académica	7,50%	7,50%

La línea estratégica Hospital competente e innovador en prácticas formativas e investigación académica cumplió con el 100% de lo programado en el cuarto trimestre.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 6

### Investigación en salud, aportando conocimiento

Objetivo: Contribuir a los avances científicos de la región a través del proceso de investigación en salud.

Permitirá fortalecernos como una ESE que brinda un espacio para la investigación en salud cumpliendo el componente definido:

1. Red Salud reconocida como centro de investigación

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
Investigación en salud, aportando conocimiento	Contribuir a los avances científicos de la región a través del proceso de investigación en salud	Red Salud reconocida como centro de investigación	certificación de Buenas Prácticas Clínicas obtenidas	Certificación de buenas prácticas obtenida	1

### Certificación de Buenas Prácticas Clínicas obtenidas

Se obtuvo la Certificación en Buenas Prácticas Clínicas para la Institución, así mismo de los dos estudios en salud propuestos para desarrollar en el año 2024: Manejo farmacológico del dolor agudo de acuerdo con la escala analgésica de la OMS, en urgencias del Hospital del Sur de Armenia. 2023, y Comportamiento de la Tuberculosis Farmacorresistente en la última década en Armenia, Quindío, fueron gestionados y presentados en los seminarios realizados en la Universidad del Quindío.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2024							Meta anual (Ponderación o Porcentaje)		TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			CONSOLIDADO AÑO		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	
51	Gestionar estudios en salud con instituciones aliadas	Estudios en salud gestionados	No. De estudios en salud desarrollados/No de estudios en salud gestionados*100	100%	profesional investigación	Porcentaje	100%				50%	50%	50%	50%	50%	50%	

Para el cuarto trimestre el componente POA Fortalecimiento de la ESE como centro de formación académica, cumplió con el 100% de lo programado en el plan de acción.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2024			
LÍNEA	COMPONENTE POA	4TO TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
6. Investigación en salud, aportando conocimiento	Red Salud reconocida como centro de investigación	5,00%	5,00%

La línea estratégica investigación en salud, cumplió con el 100% de lo programado en el cuarto trimestre.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 7

### El capital humano, nuestra prioridad.

Objetivo: Contar con un talento humano competente, comprometido y satisfecho con su trabajo.

Mantener un clima organizacional favorable que permita el cumplimiento de los objetivos institucionales, así como la capacitación permanente de nuestro talento humano, definiendo así un (1) componente:

1. Apostándole al cliente interno.

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
El capital humano, nuestra prioridad	Contar con un talento humano competente, comprometido y satisfecho con su trabajo.	Apostándole al cliente interno.	Porcentaje satisfacción clima laboral	Número de encuestados que responden buena, muybuena a la pregunta 3.3 de la encuesta de clima laboral / Total de personas que responden a la encuesta del clima laboral ) * 100	95%

### Porcentaje de satisfacción del clima laboral

El Plan de Capacitación está adoptado mediante Resolución N°017 de enero 09 del 2024, la metodología de multiplicadores es una estrategia adoptada en el plan, el cual consiste en que los colaboradores multiplican sus conocimientos en temas puntuales y los replican a los demás colaboradores. Se realizaron 41 Capacitaciones de 45 programadas de acuerdo al cronograma programado por los líderes de los procesos, con un cumplimiento del 91% de capacitaciones. Las evidencias se encuentran digitalizadas y ubicadas en el archivo virtual de Talento Humano.

El Plan de Bienestar e Incentivos está adoptado mediante Resolución N°017 de enero 09 del 2024, para el cuarto trimestre de la vigencia del 2024, dentro del plan de bienestar se recocieron a los funcionarios (06) auxilios Educativos, (07) Odontológicos, (09) auxilios de Anteojos. Se reconocieron y celebraron a (40) funcionarios el día del cumpleaños. Se realizó la conmemoración el día del odontólogo en el mes de octubre, el día del médico mes de diciembre, día del administrador en el mes de noviembre; se realizó la jornada de integración cultural y navideña del personal de Red Salud Armenia en el mes de diciembre, se concedió el día de la familia a todos los colaboradores los días 24 y 31 de diciembre.

En la planta de empleo de la entidad se encuentran 143 cargos, de los cuales (124) cargos se encuentran activos, de acuerdo a la plataforma del SIGEP II, al 31 de diciembre del 2024, se han actualizado (102) Historias laborales e incluidas su Declaración de Bienes y Renta vigencia 2023 y (23) funcionarios que ingresaron en el 2024 cuentan con las historias laborales actualizadas, pendiente actualizar la declaración de bienes y rentas del presente año en el año 2025.

Para el cuarto trimestre, se cumplió al 100% con las actividades programadas en el plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo. Entre las acciones realizadas se incluyen:

- ✓ Se llevaron a cabo las actividades priorizadas según la matriz legal.
- ✓ Se diligenciaron los indicadores del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).
- ✓ Se entregaron los equipos de protección personal (EPP) correspondientes.
- ✓ Se realizaron las capacitaciones previstas en el plan anual de capacitaciones.
- ✓ Se efectuaron las reuniones mensuales del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST).
- ✓ Se mantuvo una base de datos actualizada sobre ausentismo laboral,

- ✓ accidentabilidad y seguimiento de incidentes laborales.
- ✓ Se realizaron jornadas de orden y aseo en las instalaciones.
- ✓ Se capacitó a las brigadas de emergencias, quienes fueron certificadas y participaron activamente en diversas actividades.

Estas acciones reflejan el cumplimiento total de los compromisos establecidos para el trimestre.

No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	Meta anual (Ponderación o Porcentaje)			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE		
								PROG	REAL	%	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%
62	Ejecutar el Plan Institucional de ejecución del Plan de Capacitaciones (PIC) según su programación establecida	Porcentaje de ejecución del Plan de Capacitaciones (PIC)	No. De actividades realizadas del PIC / Total de actividades programadas del PIC*100	100%	Coordinadora Talento Humano	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	60%	50%	50%
63	Ejecutar el Plan de Bienestar según su programación establecida	Porcentaje de ejecución del Plan de Bienestar	No. De actividades realizadas del Plan de Bienestar / Total de actividades programadas del Plan de Bienestar*100	100%	Coordinadora Talento Humano	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	60%	60%	60%
64	Realizar seguimiento a la actualización en la plataforma SIGEP de las historias laborales de los servidores públicos inscritos en la planta de empleo de Red Salud Armenia	Formatos actualizados en la plataforma SIGEP (Declaración de bienes y rentas)	No. De declaraciones de bienes y rentas actualizadas / No. De funcionarios inscritos en la planta de empleo*100	100%	Coordinadora Talento Humano	Porcentaje	100%				50%	50%	50%	60%	60%	50%
65	Ejecutar el Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	Porcentaje de ejecución del Plan de Trabajo	No. De actividades ejecutadas del Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo / Total de actividades programadas del Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo*100	100%	Profesional SG-SST	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	60%	60%	60%

Para el cuarto trimestre el componente apostándole al cliente interno cumplió con el 100% de lo programado en el plan de acción.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2024			
LÍNEA	COMPONENTE POA	4TO TRIMESTRE EJECUTADO	PROGRAMADO
7. El capital humano nuestra prioridad.	Apostándole al cliente interno.	3,00%	3,00%

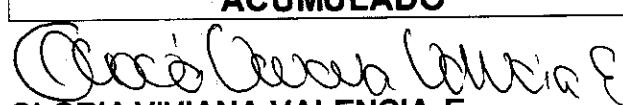
Logrando así que la línea estratégica el capital humano nuestra prioridad cumpliera con el 100% de lo programado en el cuarto trimestre.

Con respecto al plan de acción se cumplió con el 100% de lo programado en el cuarto trimestre.

En conclusión, Para el cuarto trimestre del año 2024, se obtuvo un cumplimiento de 34%, frente a un programado de 34%. Lo anterior dado que todas las líneas estratégicas cumplieron con el 100% de lo programado en el trimestre. Con un acumulado para la vigencia de 99%

A continuación, se muestra el cuadro comparativo ejecutado VS programado, para el cuarto trimestre de 2024:

 Red Salud Armenia..	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2024		
	LÍNEA	COMPONENTE POA	4TO TRIMESTRE EJECUTADO
1. Prestación de servicios de salud enfocados en la gestión del riesgo	Fortalecimiento de la contratación de los servicios de salud	2,50%	2,50%
	Fortalecer el modelo de atención en gestión del riesgo en salud	2,50%	2,50%
2. Innovación, inversión y sostenibilidad institucional	Modernización de la infraestructura y estructura tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios	2,50%	2,50%
	Red Salud sostenible y eficiente	2,50%	2,50%
3. Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión	Acreditación somos todos	1,50%	1,50%
	Comprometidos con una atención segura	0,50%	0,50%
	Gestión del desarrollo organizacional	0,50%	0,50%
4. Sistema de información y herramientas de integración	Enlazate con la red	6,00%	6,00%
5. Hospital competente e innovador en prácticas formativas e investigación académica	Fortalecimiento de la ESE como centro de formación académica	7,50%	7,50%
6. Investigación en salud, aportando conocimiento	Red Salud reconocida como centro de investigación	5,00%	5,00%
7. El capital humano nuestra prioridad.	Apostándole al cliente interno.	3,00%	3,00%
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2024</b>		<b>34,00%</b>	<b>34,00%</b>
<b>DIFERENCIA PORCENTUAL</b>		<b>0,00%</b>	
<b>ACUMULADO</b>		<b>99,0%</b>	



GLORIA VIVIANA VALENCIA E  
PU PLANEACIÓN

