



# Red Salud Armenia E.S.E.

**PA' CUIDAR DE TODOS**

INFORME POA Y PLAN DE ACCIÓN | TRIMESTRE 2025

## **Informe POA y Plan de Acción Primer Trimestre 2025**

Con el propósito de avanzar en el fortalecimiento de Red Salud Armenia ESE, el Plan de Desarrollo para la vigencia 2025 fue aprobado por la Junta Directiva a través del Acuerdo No. 01 del 25 de febrero de 2025.

Se plantean 7 líneas estratégicas, con sus planes operativos e indicadores para ejecutar en la vigencia 2025, 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
1.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 ejecución del plan de mercadeo institucional	Propuesta de negocios presentadas a las diferentes EAPB / Total de propuestas programadas a realizar * 100	100%

Gestión de ejecución del plan de mercadeo institucional

Para el primer trimestre según lo programado se dio cumplimiento a lo programado:

1.Revisión de Plan Estratégico de Mercadeo: Esta se considera desarrollado ya que se realizó la actualización de documento versión 2025.

2.Solicitud mesa de trabajo para negociación vigencia 2025 con EAPB: Se realizaron efectivamente las 4 solicitudes; de las cuales se llevaron a cabo 3 reuniones de negociación. Pendiente NUEVA EPS para la cita de negociación.

3.Generar y socializar actas de términos de negociación acordados con EAPB: Se socializa ampliamente a las partes interesadas la negociación con EPS SURA; ya que las demás no se han concertado al corte del primer trimestre.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%
1	Diseñar el plan de acción del plan de mercadeo para la vigencia	Plan de acción diseñado	Plan de acción diseñado (1)	100%	Profesional Mercadeo	Porcentaje	100%	100%	100%	100%
2	Ejecutar el plan de acción del plan de mercadeo institucional.	Porcentaje de ejecución del plan de acción 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 mecadeo institucional*100	100%	Profesional Mercadeo	Porcentaje	100%	25%	25%	25%

Para el primer 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.

Líneas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
1.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 pacientes que abandonan tratamiento mas de una semana en el programa de PAS RED	No.de pacientes que abandonan tratamiento en el programa de Pas Red más de una semana / Cantidad de pacientes atendidos en el periodo en el programa de Pas Red*100	15%
			Porcentaje de avance en la implementación de la RIA Cardiovascular - DM según Resolución 3280 de 2016	No.de intervenciones implementadas de la RIA cardiovascular - DM/ Total de intervenciones programadas a implementar * 100	100%
			Porcentaje de avance en la implementación de la RIA Cardiovascular - HTA según Resolución 3280 de 2016	No.de intervenciones implementadas de la RIA cardiovascular - HTA/ Total de intervenciones programadas a implementar * 100	100%
			Adherencia al programa de atención domiciliaria	No.de pacientes que cumplen las recomendaciones dadas por el equipo interdisciplinario / Total de usuarios a quienes se les ofreció las recomendaciones*100	90%
			Gestión de medicamentos pendientes	No. de pacientes contactados para reclamar el medicamento pendiente /	90%
			Efectividad de la demanda inducida para la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal	No de demandas inducidas efectivas / Total de demandas inducidas realizadas * 100	80%

Líneas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
1.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 número 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/ número de consultas clasificadas como Triage II	<30
			Promedio día estancia hospitalaria consolidado institucional	Sumatoria de días de estancia del total de egresos hospitalarios adultos + Sumatoria de días de estancia de los egresos totales del período Hospitalización pediatría + Sumatoria de días de estancia de los egresos totales del período hospitalización obstetricia ) / ( Número total de egresos de Hospitalización adulto en el periodo + Número de egresos totales Hospitalización pediatría en el mismo período + Número de egresos totales hospitalización obstetricia en el mismo período )	3
			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%
			Porcentaje de implementación de las GPC	No. 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 calificaria 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 pacientes que abandonan tratamiento más de una semana en el programa de PAS RED**

Iniciamos el primer trimestre del año en curso con 17 usuarios, 5 usuarios abandonaron el programa, en la actualidad contamos con 12 usuarios activos. como estrategia se realizó búsqueda activa con la colaboración del equipo interdisciplinario, se realizó psi coeducación sobre la buena adherencia al tratamiento, habilidades para la vida, cumplimientos de los objetivos generados a desarrollar, la capacidad de autocontrol de impulso aceptación de normas, manejo de la ansiedad aumento para de autoestima, prevención de recaídas e identificación de síntomas de abstinencia o intoxicación por sobre dosis.

Los usuarios argumentan el abandono del programa debido a que un usuario ingreso a fundación a realizar proceso de desintoxicación, dos usuarios abandonaron el programa de debido a que el suministro de metadona fue cambiado por gotas refiriendo que esta nueva presentación no hace el efecto que necesitan para calmar síndrome de abstinencia y dos usuarios más recayeron y se encuentran en condición de calle. Se cuenta con una base de datos donde se lleva el registro de asistencia de los usuarios a las diferentes consultas con el grupo interdisciplinario (psicología, enfermería, médico y trabajo social) y los motivos de inasistencia.

**Porcentaje de avance en la implementación de la RIA Cardiovascular – Diabetes Mellitus según Resolución 3280 de 2016**

Referente a la captación de pacientes con padecimiento de Diabetes Mellitus, se viene desarrollando un plan de acción que consiste el intercambio de información con la EPS y el cruce de casos nuevos con bases de datos RIPS, donde se ha evidenciado la mejora del indicador en referencia con el año anterior, teniendo un cumplimiento del 76% para la meta esperada, de tal forma que se seguirá implementando dicha

estrategia debido a la tendencia positiva que tiene, hasta lograr el 100% de la misma.

### **Porcentaje de avance en la implementación de la RIA Cardiovascular – Hipertensión Arterial según Resolución 3280 de 2016**

La captación de usuarios con HTA, se realiza gracias a la remisión de pacientes que son direccionados directamente de atenciones por pos consulta general o por ruta de promoción por ciclo de vida, también a la gestión de bases de datos proporcionadas por el programa de PYD y correos enviados por las EPS, donde se lleva a cabo un contacto de forma mensual por medio de la demanda inducida telefónica, donde en el desarrollo de esta actividad se ordenan paraclínicos y se agenda cita por medicina general para el diagnóstico o descarte de la patología, donde de ser positivo para el padecimiento se programa el ingreso a ruta cardio-metabólica para el control y tratamiento de la misma, siendo de esta manera para el primer trimestre del año en vigencia, un cumplimiento satisfactorio del indicador donde se logró cumplir con la meta establecida.

### **Adherencia al Programa de Atención Domiciliaria**

Para el primer trimestre de la vigencia se realizaron:

Atenciones Pacientes para el PADO (Primer Trimestre Vigencia 2025)

- Total de pacientes programados: 111
- Pacientes atendidos: 79
- Distribución de pacientes atendidos por EAPB:
  - o Asmet Salud: 58 pacientes
  - o Sanitas: 10 pacientes
  - o Sura: 11 pacientes
- Género de pacientes atendidos:
  - o Mujeres: 55
  - o Hombres: 24
- Pacientes nuevos ingresados: 5
- Pacientes fallecidos: 12
- Pacientes no atendidos (causas):
  - o Ya no cumplen criterios para la atención, No están activos en la EAPB, Cambio de EAPB: 15, Atención realizada por otro prestador:15

### **Gestión de medicamentos pendientes**

Los meses de enero, febrero y marzo de la vigencia 2025 se realizó el diligenciamiento del formato de dispensación de medicamentos pendientes así mismo se realizó la gestión del indicador promedio de tiempo de espera para la entrega de medicamentos pendientes.

### **Efectividad de la demanda inducida para la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal**

Durante el primer trimestre de inducción a la demanda se cuenta con las 6 cohortes las cuales se están gestionando.

Primera infancia: total 5.616 atendidos 2.318 = 41%

Infancia: total 7519 de usuarios Atendidos: 1.665= 22%

Adolescencia: Total de usuarios 7.635. Atendidos 1.660= 22%

Juventud: Total de usuarios 14.946. Atendidos 1.236= 8.26%

Adultez: Total de usuarios 33.336. Atendidos 3.396= 11%



Vejez: Total de usuarios 20.995 Atendidos 2579= 12%  
para un porcentaje de 19.4 % para las cohortes. El programa de inducción a la demanda cuenta con un indicador propio el cual mide la gestión de la población de todos los centros de salud durante el primer trimestre estamos en el 21,6%

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

Auditaje de Historias Clínicas de rutas de Primera Infancia e Infancia:

Se realiza auditaje a 33 historias clínicas de la ruta de Primera Infancia con una adherencia del 97% y auditaje a 33 historias clínicas de la ruta de Infancia con una adherencia del 99%.

En total se auditaron 66 historias clínicas con una adherencia del 98% promedio.

Planes de Mejora:

Se levantaron 41 de Planes de Mejora correspondientes a 30 de médicos y 11 de enfermeras profesionales.

Los planes de mejora compilan la transferencia de hallazgos de las auditorías realizadas por cada uno de los profesionales, por cada una de las historias clínicas en las fechas correspondientes y las correspondientes recomendaciones para la subsanación de las imprecisiones presentadas en el diligenciamiento de las historias clínicas.

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

En adherencia a las Guías de práctica Clínica de la ruta de Maternidad:

En Control Prenatal, se realizó auditaje a 30 historias clínicas con un porcentaje de adherencia del 100%.

En Atención del Parto, se realizó auditoría sobre una historia clínica, con un porcentaje de adherencia del 92%. En Control de Puerperio, se realizó auditoría a 27 historias clínicas, con una adherencia del 79%. En Control del recién nacido en urgencias se auditó una historia clínica con una adherencia del 75%. En control del recién nacido ambulatorio, se realizó auditoría a 27 historias clínicas con una adherencia del 86%. Para un total de adherencia a 86 historias clínicas auditadas del 88.62%.

En el levantamiento de Planes de Mejora a los profesionales según hallazgos de Auditoría:

Se levantaron 41 de Planes de Mejora correspondientes a 30 de médicos y 11 de enfermeras profesionales.

Los planes de mejora compilan la transferencia de hallazgos de las auditorías realizadas por cada uno de los profesionales, por cada una de las historias clínicas en las fechas correspondientes y las correspondientes recomendaciones para la subsanación de las imprecisiones presentadas en el diligenciamiento de las historias clínicas.

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

Se hizo un total de 18 hallazgos de atenciones en más de 30 minutos de pacientes clasificados como Triage II, distribuidos en 4 en enero, 10 en febrero y 4 en marzo, los cuales se revisaron en conjunto con los médicos que realizaron la atención inicial.

Se realizó revisión de los casos, se identificó que muchos 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. Otro hallazgo es pacientes que se pospuso su atención, por congestión del servicio, pero en estos casos si se debió de

realizar una atención más oportuna a los pacientes clasificados como Triage II.

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.

**Promedio de estancia hospitalaria consolidado institucional**

Se hizo un total de 36 hallazgos de estancias hospitalarias prolongadas mayor a 3 días, distribuidos en 15 casos en enero, 7 en febrero y 14 en marzo, los cuales se revisaron en conjunto con los médicos asignados al área de hospitalización que realizaron intervención a estos usuarios.

Tras la revisión de cada uno de los casos, se encuentran pacientes con estancia hospitalaria prolongada debido a tramites de remisión sin respuesta administrativa por parte de las EAPB e IPS, por lo que tras poca respuesta a mejoría en este nivel de atención parte de ellos fueron remitidos urgencializados por los médicos de hospitalización, otra parte de ellos fueron dados de alta tras presentar mejoría clínica, se indicó remisión ambulatoria para valoración por especialidad. Otro porcentaje de estos usuarios corresponden a pacientes que requieren valoración por parte de odontología y no fue posible dar de alta hasta conciliación de conceptos. Además, otro porcentaje corresponde a pacientes que recibieron tratamiento antibiótico correcto y conciliado desde el ingreso hasta el egreso, sin embargo, presentaron mejoría clínica posterior al día 3 de hospitalización, por lo general estos pacientes tuvieron un promedio de estancia de 4 días.

Como actividad se realizará socialización de los hallazgos por parte del coordinador de servicios hospitalarios de forma individual a los médicos asignados al área de hospitalización, con el fin de generar y estandarizar estrategias que permitan mitigar la estancia hospitalaria prolongada.

**Porcentajes de cumplimiento de actividades programadas en el plan operativo de las diferentes sedes de atención (POA POR SEDES)**

PLAN OPERATIVO ANUAL POA					
Líneas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
1.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	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 CAA del sur (Días)	Sumatoria diferencia dias calendario entre solicitud cita cualquier medio, medicina general y asignación de cita en CAA del Sur / Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en el período de tiempo evaluado en el CAA del Sur	3
			Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación de la vigencia objeto de evaluación/ Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación.	≥0,85
			Adherencia a los cinco momentos de higiene de manos en el CAA del Sur (Porcentaje )	Sumatoria de ocasiones en que el personal que tiene contacto directo con el paciente realiza la higiene de manos correctamente para los cinco momentos, en el período en el CAA del Sur / Sumatoria de ocasiones observadas que lo requieren para los cinco momentos en el CAA del Sur * 100	95%



3.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!!	Porcentaje de avance en la implementación de los niveles de acreditación	No. de reuniones de Equipos primarios de mejoramiento (EPM) y evaluación por procesos EP realizadas / Total de reuniones de (Equipos primarios de mejoramiento y evaluación por procesos) programadas *100	95%
7. El capital humano nuestra prioridad	Contar con un talento humano competente, comprometido y satisfecho con su trabajo.	Apostándole al cliente interno	Porcentaje de satisfacción del 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%

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
- ✓ Participación del equipo de trabajo en las capacitaciones programadas

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 primer trimestre del año 2025, se cumple al 100% de las acciones diseñadas para mejorar el resultado de oportunidad de asignación de cita de primera vez 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.

Acciones diseñadas:

1. Ampliación de oferta de agendas médicas; se abrió servicio al público los días sábados de 7 am a 12 pm
2. Revisión diaria o semanal de la disponibilidad y redistribución de citas.
3. Seguimiento y cancelación oportuna de citas no confirmadas: Se llama a diario los pacientes programados para confirmar asistencia o poder reasignar citas.
4. Mundo Salud tiene la estrategia de envío de mensajes de texto para recordar citas y reducir inasistencias.
5. Rutas prioritarias para pacientes con condiciones crónicas o de alto riesgo, tiene horario preferencial a las 10 am para asignación de citas.
6. Disponer de médicos exclusivos para atención de Rutas y médicos para valoración de morbilidad
7. Contar con un médico al día, que pueda ver la consulta de morbilidad

1. Centralizar la toma de paraclínicos y pruebas de embarazo en el CAA del Sur, y realizar el seguimiento a las inasistentes dejando nota en historia Clínica
2. Hacer seguimiento a Base de pruebas de embarazo, incluir las reportadas por la EAPB y pruebas particulares que se identifican para realizar la captación de las usuarias.
3. Reportar las pruebas de embarazo del régimen contributivo.
4. Articular con el área de comunicaciones el diseño de pieza publicitaria que permitan realizar dar información sobre la atención materna en la E.S.E
5. Notificación de los funcionarios de la solicitud de pruebas de embarazo solicitadas.
6. Difusión de piezas publicitarias en las Red Sociales de la E.S.E
7. Responder la línea exclusiva del programa de gestantes y dar respuesta a lo solicitado por las usuarias
8. Tener la oportunidad de ingreso a control prenatal a 1 día
9. Apoyo en la solicitud de portabilidades a usuarias con EAPB que no operan en el Municipio
10. Trabajar en conjunto con las EAPB para el seguimiento con gestores de usuarias sin ingreso a control prenatal.

El equipo está conformado por 42 funcionarios de los cuales, fueron disminuyendo durante el primer trimestre del año, logrando una asistencia para las capacitaciones en enero del 87%, febrero 88%, marzo 100%, esto es proporcional, a las renuncias, periodo de vacaciones o permisos de los funcionarios y para la actividad 4. Se cumple al 100% la realización de los EPM, teniendo en cuenta que al momento se encuentra con actas de los meses de enero, febrero, marzo, sin embargo, se hace verificación continua de los funcionarios faltante para completar el 100% de acta aprobada, sin embargo, se resalta las dificultades presentadas con la plataforma TorreSoft, pues en varias ocasiones, no permite la aprobación o no envía el código para realizarlo.

Para el trimestre se programó la reunión de evaluación por Procesos, con la Subgerencia científica donde se revisaron la desviación de indicadores, planes de mejoramiento instaurados, dificultades presentadas en el Centro de Salud, dejando acta con compromisos

## **CENTRO DE SALUD EL CAIMO**

Para el primer 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: Actividad 1: El tiempo promedio de espera para la asignación de citas de primera vez de medicina general durante el primer trimestre se presentó en 2,7 es decir en menos de tres días, lo que indica que está dentro del tiempo esperado para la asignación de la cita, menos de tres días, cumpliendo la meta para este indicador. Actividad 2: La actividad no está programada durante el primer trimestre 3: De manera mensual se realiza la reunión de EPM, programada en la UIS, a la misma asisten todos los convocados y de la misma manera se aprueba por los asistentes el acta de la reunión, con un 100% de cumplimiento en la realización del EPM y un 100% de cumplimiento en la aprobación de las actas. evidencia que se encuentra en la plataforma de torresoft 4: El día 25 de marzo del 2025 se participa de manera trimestral en la reunión, de evaluación de procesos con un cumplimiento del 100% en la asistencia de la misma, con el apoyo de la Subgerencia Científica. 5: El equipo participo en un 100 % de capacitaciones programadas en EPM y virtuales.

## CENTRO DE SALUD LA CLARITA

Se analiza el seguimiento del C.S: La Clarita del indicador de oportunidad de primera vez por medicina general y se presentó una oportunidad en el: 1.er trimestre vigencia 2025, correspondientes a los meses de: ( enero: 1,97, febrero: 1,37 y marzo: 1.35 ), con promedio final óptimo de: 1.6, 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 3 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 en el 1er trimestre vigencia 2025, del indicador del centro de salud la clarita del porcentaje de cumplimiento a la realización del: EPM se evalúan los 3 meses enero. febrero y marzo, con un cumplimiento del 100%, esto se debe al gran compromiso de todo el equipo. durante este 1er trimestre. ya que logra el objetivo con la participación de todos los funcionarios convocados al EPM. Con respecto, porcentaje de participación en la reunión de evaluación por procesos, se evalúa el: 1er trimestre vigencia 2025, con un cumplimiento del 100%, esto se debe al gran compromiso de la coordinadora del proceso la Dra.: Alejandra Salgado, se tocaron temas referentes al incumplimiento de los indicadores, y de los 43 indicadores que nos evalúan, se encuentra desviados: 4, cada uno tiene el respectivo análisis en la plataforma de torresoft:

- 1.Gestión de la remisión prioritaria de los servicios ambulatorios
- 2.Porcentaje ocupacional de consultorios médicos
- 3.Tiempo promedio de espera según fecha en que se solicita la cita de citas de enfermería de Promoción y mantenimiento de la salud.
- 4.Tiempo promedio de espera según fecha en que se solicita la cita de medicina general de Promoción y mantenimiento de la salud. Con respecto al indicador: Porcentaje de satisfacción del clima laboral, correspondiente al 1.er trimestre vigencia 2025, se evidencia que cuenta con una participación de todo el personal. ya que el Porcentaje de participación en las capacitaciones programadas, en el EPM, logró un cumplimiento del 100%

## CENTRO DE SALUD CORREA GRILLO

Para el primer trimestre en el Centro de salud se cumplió con la meta del porcentaje de la higienización de las manos lo cual es muy positivo, se refleja la adherencia que tiene el personal para prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.

del indicador de tiempo promedio de espera para la asignación de cita por primera vez de medicina general, para este primer trimestre, no se sale del estándar, se cumple con el objetivo de la oportunidad en la atención en medicina general que es menor a tres días, es de aclarar que se tiene un médico al día solo de medio tiempo.

con respecto a los EPM, se cuenta con un porcentaje de cumplimiento del 100% con respecto a la asistencia, programación y realización de las actas las cuales se evidencian en la plataforma torresoft.

del porcentaje de satisfacción del clima laboral, al medir la satisfacción del cliente externo sobre los servicios prestados en el centro de salud, este indicador se encuentra en un 93%

## CENTRO DE SALUD PARAÍSO

Durante el primer trimestre 2025, en el Centro de Salud Paraíso se realizan las siguientes actividades enfocado en el seguimiento de procesos, la capacitación del personal, y la gestión de indicadores.

1. Seguimiento y Asignación de Citas: Se realiza un seguimiento periódico al proceso de asignación de citas en medicina general y odontología. Se identifican desviaciones en la oportunidad de asignación de citas. Se realiza la sustitución de inasistentes, y se cuenta con un médico disponible cada día.

2. Reunión Mensual de EPM: Se lleva a cabo de manera mensual la reunión de EPM, En el EPM se informa a los profesionales sobre los 42 indicadores que se manejan, de los cuales 6 mostraron desviaciones en el mes de marzo. Se realiza un análisis de las desviaciones utilizando la metodología 6M (Mano de obra, Material, Maquinaria, Método, Medición, y Medio ambiente) Todos los convocados asisten a la reunión y aprueban el acta correspondiente.

3. Reunión Evaluación por Procesos: Se participa en la reunión convocada por la subgerencia científica. En esta reunión, se presentan los indicadores del Centro de Salud, se identifican aquellos que están desviados y se comunica el plan de mejora para corregir las desviaciones.

4. Capacitación del Personal: Se realiza capacitación mensual para el personal del Centro de Salud Paraíso. Los temas tratados en los meses de febrero y marzo incluyen:

Políticas de gestión ambiental, atención humanizada, y seguridad del paciente.

Auditorías e infecciones respiratorias agudas, infecciones de transmisión sexual.

Acreditación, sistemas de gestión de riesgos, y sus generalidades.

Política de riesgos y clima laboral con enfoque en la intervención y prevención del acoso laboral.

Emergencias y desastres, paquetes educativos, activos fijos y bienes.

Cada líder de proceso tiene un registro de asistencia para cada capacitación, y la lista también está disponible en el sistema Torresoft, junto con la asistencia de los funcionarios a la reunión EPM.

## **CENTRO DE SALUD PILOTO URIBE**

Durante el primer trimestre del año, se llevaron a cabo cuatro actividades enmarcadas en los procesos de seguimiento y mejora continua, con el propósito de fortalecer el cumplimiento de los indicadores establecidos y garantizar una atención oportuna y de calidad. A continuación, se presenta el análisis consolidado:

1. Actividad 1 – Estrategias para el cumplimiento de indicadores de oportunidad (c.salud piloto uribe )

Se implementaron diversas estrategias para mantener los niveles óptimos de oportunidad, entre ellas: la entrega controlada de fichas, la reserva de 10 cupos diarios para posibles inasistencias, la asignación de sobrecupos a los médicos y la reasignación inmediata de citas en caso de cancelaciones. Estas acciones, sumadas a la disponibilidad diaria de un profesional médico y al enfoque en pacientes con mayor necesidad, permitieron sostener el cumplimiento de este indicador de manera eficiente.

2. Actividad 2 – Participación en capacitaciones

Durante este trimestre, se logró una participación del 100% de los colaboradores en las capacitaciones programadas. Esta asistencia total evidencia el compromiso del equipo con los procesos de formación, actualización y mejora continua, lo cual contribuye directamente al fortalecimiento de las competencias institucionales y a la calidad en la atención prestada.

3. Actividad 3 – Ejecución de jornada EPM

La tercera actividad, correspondiente a la jornada EPM programada, se ejecutó conforme a lo establecido en la planificación. Se registró una participación del 100% de los asistentes convocados, lo cual fue verificado y evidenciado mediante las actas respectivas. Este resultado refleja una adecuada organización y gestión operativa.



#### 4. Actividad 4 – Evaluación de procesos

Durante esta jornada, se realizó un análisis detallado de los 29 indicadores establecidos. Se identificaron dos indicadores con bajo desempeño: tamizaje de riesgo respiratorio y gestión de remisiones. Como resultado, se diseñó e implementó un plan de mejora orientado a fortalecer dichos componentes, con acciones específicas para lograr el cumplimiento en los próximos seguimientos.

El análisis del primer trimestre refleja un avance significativo en el cumplimiento de los objetivos institucionales. Las estrategias implementadas, el compromiso del talento humano y la disposición para mejorar procesos críticos han sido fundamentales para alcanzar resultados positivos. No obstante, se identificaron áreas de mejora que ya cuentan con acciones correctivas en marcha, lo que evidencia un enfoque proactivo y alineado con los principios de calidad y mejora continua.

### **CENTRO DE SALUD SANTA RITA**

Durante el primer trimestre de la vigencia 2025, en el centro de salud el indicador de tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general de primera vez presentó desviación en enero y febrero, mientras que en marzo mejoró, cumpliendo con los parámetros establecidos. el indicador de adherencia a la higiene de manos se mantuvo en cumplimiento durante todo el trimestre. se contó con la programación completa y socializada de los espacios de participación (EPM), con el 100 % de asistencia y respaldo mediante actas mensuales. asimismo, se logró una participación del 100 % en las actividades programadas y en las capacitaciones, reflejando un alto compromiso del personal. además, se realizaron evaluaciones por procesos cada dos meses, contribuyendo a la mejora continua, a la calidad del servicio y a la seguridad del paciente.

### **UNIDAD INTERMEDIA DEL SUR**

1. Se realiza seguimiento periódico al proceso de asignación de citas en la Unidad Intermedia del Sur, identificando desviaciones en la oportunidad en la asignación de citas de medicina general y odontología, por lo cual se gestiona con Mundo Salud con el fin de que se tomen las medidas correctivas de manera inmediata con el fin de mejorar estos indicadores, la líder de Mundo Salud junto con la DTA y el coordinador médico elaboran un plan de mejora el cual debería ser ejecutado hasta el 13 de marzo del 2025, este plan de mejora contemplaba la necesidad de contratar médicos con el fin de ampliar la oferta de servicios

2. En relación a la actividad de higiene de manos, esta no se programó en el primer trimestre actividad programada para el segundo trimestre de la vigencia, se hace solicitud al área de infecciones quienes informan que el viernes 25 de abril en la jornada de la mañana se tiene programada la capacitación de prevención de infecciones e higiene de manos para el personal de UIS.

3. De manera mensual se realiza la reunión de EPM en la Unidad Intermedia del sur, con asistencia a la misma de todos los convocados quienes de manera oportuna aprobaron el acta de la reunión

4. Se participa en la reunión de procesos convocada por la subgerencia científica la cual se lleva a cabo de manera bimensual, en esta reunión se dan a conocer a la subgerencia los indicadores desviados, así como también el plan de mejora establecido para el mejoramiento de los mismos.

5. De manera mensual se hace capacitación al personal de la UIS, los temas tratados en los meses de febrero y marzo son los siguientes; Política de gestión ambiental, política de atención humanizada, política de seguridad del paciente, instrumentos auditorios, infecciones respiratorias agudas, infecciones de transmisión sexual, acreditación, sistemas integrados de gestión del riesgo, sus generalidades, políticas y matriz de Riesgos. indicadores. PGIRASA. clima laboral, con enfoque en la intervención y prevención del acoso laboral. emergencias y desastres. paquetes educativos. activos fijos. bienes y servicios. transformación cultural. Es preciso aclarar que cada uno de los líderes de procesos de las respectivas áreas cuentan con la lista de asistencia de cada una de las capacitaciones, de igual manera en torresoft se encuentra la lista de asistencia de los funcionarios al EPM

En conclusión, todas las sedes presentan 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
- ✓ Participación del equipo de trabajo en las capacitaciones programadas

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%

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

En cuanto al Plan se obtuvo un cumplimiento del 100%, similar al alcanzado en la medición del cuarto trimestre de 2024.

En cuanto a la Gestión se obtuvo un cumplimiento del 93%, dos puntos porcentuales por debajo del obtenido en la medición del cuarto trimestre de 2024, donde se alcanzó un 95%.

Se presentó incremento en la remisión a oftalmología, al pasar del 55% al 75%.

Se presentó decremento en la remisión a nutrición en pacientes con IMC>25, al pasar del 100% al 77% y en la remisión a medicina interna, al pasar del 100% al 96%.

En cuanto al registro de recomendaciones y actividades educativas inherentes a la enfermedad y mencionados de manera explícita en la historia clínica, se presentó un cumplimiento del 100%, similar al alcanzado en la medición del cuarto trimestre de 2024.

En Diabetes Mellitus:

Se encontraron los siguientes datos y resultados de adherencia sobre 33 evaluaciones realizadas a historias clínicas de pacientes del Programa de Riesgo Cardiovascular sobre la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Protección Social 2013 y 2017 para la atención del paciente diabético, en el primer trimestre de 2025.



El porcentaje global de adherencia del primer trimestre de 2025 fue del 94%, un punto porcentual por debajo del alcanzado en el cuarto trimestre de 2024, donde se obtuvo 95% en la medición de adherencia.

En anamnesis, el cumplimiento de adherencia a los ítems evaluados en el primer trimestre de 2025 fue del 85%, cuatro puntos porcentuales por debajo del obtenido en el cuarto trimestre de 2024, en el que se obtuvo un 89% de adherencia.

Se presentó incremento en el registro de los antecedentes cardiovasculares, al pasar del 97% obtenido en el cuarto trimestre de 2024 al 100% obtenido en la medición del primer trimestre de 2025; en el registro de antecedentes personales de las condiciones clínicas asociadas, donde se pasó del 58% obtenido en el cuarto trimestre de 2024 al 70% obtenido en la medición del primer trimestre de 2025.

Se presentó decremento en el registro de los antecedentes farmacológico, al pasar del 34% al 0%.

En cuanto a los signos vitales, la totalidad de historias evaluadas consignaron lo correspondiente a signos vitales: 100%, similar al alcanzado en el cuarto trimestre de 2024.

El examen físico tuvo un resultado del 94% en el primer trimestre de 2025, cuatro puntos porcentuales por encima del alcanzado en el cuarto trimestre de 2024 en el que se alcanzó un 90%.

Se presentó incremento en el registro de la realización del fondo de ojo, al pasar del 91% obtenido en el cuarto trimestre de 2024 al 94%, obtenido en la medición del primer trimestre de 2025 y en el registro de la agudeza visual, al pasar del 67% al 100%.

No se presentaron decrementos.

Lo correspondiente a paraclínicos, se obtuvo una adherencia del 98% en el primer trimestre de 2025, un punto porcentual por debajo del alcanzado en la medición del trimestre anterior en el que se obtuvo una adherencia del 99%.

Se presentó incremento en la actualización del electrocardiograma, al pasar del 87% obtenido en la medición del cuarto trimestre de 2024 al 88% obtenido en el primer trimestre de 2025.

Se presentó decremento en el registro de la solicitud de actualización de la microalbuminuria, al pasar del 97% al 88%.

En diagnósticos, se obtuvo una adherencia del 100%, similar a la obtenida en la medición del cuarto trimestre de 2024. No se presentaron incrementos ni decrementos.

En cuanto al Plan de Manejo se obtuvo una adherencia del 100%, similar al obtenido en la medición del cuarto trimestre de 2024. No se presentaron incrementos ni decrementos.

En cuanto a la gestión sobre hallazgos, se obtuvo una adherencia del 87%, nueve puntos porcentuales por debajo del alcanzado en la medición del cuarto trimestre de 2024, donde se obtuvo una medición de adherencia del 87%.

Se presentó un incremento en la remisión a nutrición, al pasar del 76% al 83% y en la remisión a oftalmología, al pasar del 79% al 82%.

Se presentaron decrementos en el registro del próximo control, al pasar del 100% al 96% y en el registro explícito de la educación brindada al paciente, al pasar del 92% al 78%.

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

En la asignación de citas por medicina general primera para primer trimestre 2025 de 2,3 días, estando por debajo de meta propuesta (3 días)

Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS


En comité de Atención Centrada en el Usuario del 16 de enero de 2025, el líder del DIR presenta 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 2487 encuestas para la vigencia y 622 encuestas a aplicar en cada trimestre. Durante el primer trimestre se aplicaron 622 encuestas, cumpliendo con la meta programada para el período se ubicada en 622 encuestas. Se realizó tabulación y análisis de los datos obtenidos y se socializó informe en Comité de Atención Centrada en el Usuario programado el 10 de abril de 2025.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%
3	Analizar las causas de abandono de tratamiento de los pacientes inscritos en el programa de Pas Red	Porcentaje de análisis de caso por abandono al tratamiento en el programa de Pas Red	No. De pacientes que abandonaron el tratamiento con análisis causal / Total de pacientes que abandonaron el tratamiento * 100	100%	Psicologa programa Pas Red	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
4	Gestionar acciones de mejoramiento que permitan disminuir el porcentaje de abandono al tratamiento de los pacientes inscritos en el Programa Pas Red	Gestión de acciones de mejoramiento por abandono del programa de Pas Red	No de causas identificadas con acciones de mejoramiento formuladas del programa Pas Red / Total de causas identificadas de abandono del programa Pas Red * 100	100%	Psicologa programa Pas Red	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
5	Gestionar la captación temprana de los pacientes entre 18 y 69 años para DM	Proporción de personas de 18 a 69 años captadas con DM en el mes	No. De personas de 18 años y más con diagnóstico de DM2 reportado /Total de población de 18 a 69 años *100	100%	Coordinador Programa RCV	Porcentaje	100%	25%	23%	23%
6	Gestionar la captación temprana de los pacientes entre 18 y 69 años para HTA	Proporción de personas de 18 a 69 años captados con HTA en el mes	No. De personas de 18 años y 69 años con diagnostico de HTA reportado /Total de poblacion de 18 a 69 años *100	100%	Coordinador Programa RCV	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
7	Gestionar las solicitudes para el ingreso al programa de atención domiciliaria	Gestión de solicitudes para ingresar al programa de atencion domiciliaria	Total de pacientes quienes solicitan valoración para ingreso al programa y son atendidos / Total de pacientes que solicitan ingreso al programa * 100	100%	Coordinador Programa PADO	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
8	Diligenciar el formato MI-SF-FO-017 Dispensación de medicamentos pendientes	Porcentaje de registro gestionado	No de formatos diligenciados mensualmente / Total de formatos a diligenciar mensualmente * 100	100%	Profesional Servicio Farmacéutico	Porcentaje	100%	25%	25%	25%

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%
9	Gestionar el indicador promedio de tiempo de espera para la entrega de medicamentos pendientes	Promedio de tiempo de espera para la entrega de medicamentos pendientes	Sumatoria del tiempo entre la solicitud de la entrega de medicamentos y la entrega efectiva del medicamento pendiente / No. total de medicamentos pendientes * 100	100%	Profesional Servicio Farmacéutico	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
10	Gestión de las bases de datos de la población objeto a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y materno perinatal	Porcentaje de gestión de bases de datos de la población objeto a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y materno perinatal	No. De pacientes gestionados en la base de datos/ Total de pacientes programados a gestionar de la base de datos * 100	100%	Coordinador Programa Inducción a la demanda	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
11	Gestión de la población que ingresa a los centros de salud	Porcentaje de gestión de captación en los centros de salud para actividades de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y materno perinatal	No. De pacientes captados en centros de salud y gestionados para actividades de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y materno perinatal/ Total de pacientes captados en los centros de salud * 100	100%	Coordinador Programa Inducción a la demanda	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
12	Realizar auditoría a las historias clínicas de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de primera infancia e infancia, según muestreo estadístico definido en el Comité de Historias Clínicas .	Porcentaje de adherencia al anexo técnico "Directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y 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 de obligatorio cumplimiento para la operación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y 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	100%	Auditoría médica y de enfermería	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
13	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 auditoría de las historias clínicas	No. de planes de mejora formulados con cumplimiento/ No. de planes de mejora formulados*100	100%	Auditoría médica y de enfermería	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
14	Realizar auditoría 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%	Auditoría médica y de enfermería	Porcentaje	100%	25%	22%	22%
15	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 auditoría de las historias clínicas	No. de planes de mejora formulados con cumplimiento/ No. de planes de mejora formulados*100	100%	Auditoría médica y de enfermería	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
16	Implementar acciones de mejoramiento con base en las atenciones de Triage II que hayan sido realizadas despues de 30 minutos	Porcentaje de socialización de hallazgos de tiempos de atención mayor de 30 minutos en Triage II	No. de socializaciones realizadas / No. De hallazgos identificados*100	100%	Coordinador de Urgencias	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
17	Realizar Seguimiento y retroalimentación de los casos de paciente de estancia hospitalaria mayor a 3 días	Porcentaje de socialización de hallazgos de casos de estancia hospitalaria mayor a 3 días	No. de socializaciones realizadas / No. De hallazgos identificados*100	100%	Coordinador de Hospitalización	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
18	Seguimiento al cumplimiento de los planes de acción de cada una de las sedes	Porcentaje de seguimientos realizados	No. de seguimientos reportados / Total de seguimientos programados*100	100%	Coordinadoras de sedes	Porcentaje	100%	25%	25%	25%

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%
19	Realizar auditoría de adherencia a las GPC priorizadas	Porcentaje de adherencia a las GPC priorizadas y auditadas	No. de historias clínicas adherentes a las GPC / Total de HC auditadas*100	100%	Auditoría Médica	Porcentaje	100%	25%	24%	24%
20	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	No. 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	100%	DTA	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
21	Definir la muestra de aplicación para la medición de la satisfacción global	Muestreo definido	No. De muestreos aprobados/ Total de muestreos a aprobar * 100	100%	Referente SIAU	Porcentaje	100%	100%	100%	100%
22	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%	Referente SIAU	Porcentaje	100%	25%	25%	25%

Para el primer trimestre se dio cumplimiento al 99% de lo programado en el plan de acción del componente Fortalecer el modelo de atención en gestión del riesgo en salud, debido al no cumplimiento a lo programado en Gestionar la captación temprana de los pacientes entre 18 y 69 años para DM, Realizar auditoría a las historias clínicas de la Ruta Integral Materno Perinatal según muestreo estadístico definido en el Comité de Historias Clínicas, Realizar auditoría de adherencia a las GPC priorizadas.

 Red Salud Armenia HA CUIDAR DE TODOS		<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2025</b>	
LÍNEA	COMPONENTE POA	1er TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
1.Prestación de servicios de salud enfocados en la gestión del riesgo	Fortalecimiento de la contratación de los servicios de salud	2,00%	2,00%
	Fortalecer el modelo de atención en gestión del riesgo en salud	2,47%	2,50%

La línea prestación de servicios de salud enfocados en la gestión del riesgo cumplió con el 99% 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
2.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	90%

Gestión de proyectos: Infraestructura, dotación, tecnologías

Se cuenta con un responsable para la gestión de los proyectos, Se presentó en comité de gerencia el 27 marzo el avance en la radicación de proyectos para la ESE como los proyectos de ambulancia radicado, Proyecto Unidad móviles por finalizar para posterior radicación.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE		
23	Presentación de avances de la gestión de los proyectos ante el comité de gerencia	Porcentaje de cumplimiento de socializaciones de avances de la gestión de proyectos	No. de presentaciones realizadas ante el comité / Total de presentaciones programadas*100	100%	Profesional Proyectos	Porcentaje	100%	25%	25%	25%

Para el primer trimestre se dió cumplimiento al 100% de lo programado en el 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
2.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 \$ 9.905 millones de pesos, los compromisos \$ 15.491 millones de pesos, de los compromisos totales se tiene obligado al 31 de marzo \$10.094 millones de pesos. De los cuales se realizaron pagos por valor de \$7.176 millones de pesos y cuentas por pagar por valor de \$8.315 millones de pesos.

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


Del 1 de enero al 31 de marzo de 2025 se generaron 8110 facturas EVENTO teniendo un aumento del 4,1% comparado con el IV Trimestre 2024.

De las 8110 facturas se radicaron 8097 dando cumplimiento del 99,8%.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE		
24	Informe de seguimiento trimestral al comportamiento de la ejecución presupuestal del ingreso y el gasto	Porcentaje de ejecución de ingresos y gastos	No. De informes de seguimientos de realizados/total de seguimientos programados*100	100%	Profesional Financiera	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
25	Radicación oportuna de los servicios prestados por evento a las diferentes EAPB	Gestión de la radicación en el período evaluado	No. de facturas radicadas del período que se prestó el servicio/Total de facturas generadas en el período que se prestó el servicio.*100	100%	Coord. Facturación	Porcentaje	100%	25%	25%	25%

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



 <b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2025</b>			
LÍNEA	COMPONENTE POA	1er TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
2. Innovación, inversión y sostenibilidad institucional	Modernización de la infraestructura y estructura tecnológica	1,25%	1,25%
	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 primer trimestre de la vigencia.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

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

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¡!

Líneas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
3.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	≥0,9
			Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación de la vigencia anterior.	Promedio de calificación de la autoevaluación en la vigencia 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 recibieron satisfactoriamente los derechos durante su atención	No. de usuarios que calificaron bueno y muy bueno a los items 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**

Para el primer trimestre de 2025 no se tenían actividades programadas, se encuentra en formulación el plan de mejoramiento para la vigencia.

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

Se realizó capacitación al personal referente a fortalecer los reportes de atenciones inseguras que se detecten según programación correspondiente al trimestre. Se realizó el comité de sistemas integrados de gestión del riesgo el día 06 de febrero del año 2025.

Con respecto al fortalecimiento a la implementación del eje de responsabilidad social se tienen priorizadas 18 iniciativas para ser cumplidas en toda la vigencia 2025, las iniciativas se tienen programadas 5 en el primer y segundo trimestre, para el tercero y cuarto 4 trimestre se tienen programadas 4 iniciativas; en el primer trimestre están priorizadas las iniciativas ( transparencia y rendición de la cuenta, producción y consumos responsables, brigadas comunitarias, uso eficiente de energía, manejo de residuos tapitas).

Se cuenta con el cronograma de auditorías internas, las cuales fueron realizadas según su programación.

Para el primer trimestre de 2025 se dio cumplimiento en el reporte de indicadores a las EPS y entes territoriales en las fechas estipuladas.

Resolución 1552 y 2335: el 05 de cada mes

Resolución 1604 y 056: el 10 de cada mes

Adicionalmente el reporte a la EAPB de Sanitas se realiza en el aplicativo correspondiente.

Durante el primer trimestre del 2025, se llevó a cabo la socialización de las necesidades efectuadas por el área de ingeniería biomédica referente a dotación, sin embargo, no se realiza ninguna adquisición por falta de presupuesto institucional.

Con el fin de mejorar los procesos relacionados con la salud ambiental, durante el primer trimestre de 2025 se socializaron diferentes iniciativas ambientales al cliente interno y externo entre las que se incluyeron los siguientes temas: uso eficiente y ahorro del agua, uso eficiente y ahorro de la energía, iniciativa de recolección de tapas plásticas, iniciativa de recolección de pilas usadas, código de colores para segregación adecuada de residuos y recolección de aceite de cocina usado.

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

Se direccionaron y gestionaron 307 PQRSD durante el primer trimestre de 2025. Se dio respuesta oportuna atendiendo a los términos de ley a todas las PQRSD recibidas durante el trimestre, en el cual se cumple con el indicador. Este informe se socializó el 10 de abril 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 este primer trimestre de 2025, se socializó a 994 personas y los resultados serán presentados en el comité de atención centrada en el usuario y familia el día 10 de abril de 2025.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual	
26	Realizar los seguimientos programados para verificar el cumplimiento de las acciones de mejoramiento programadas	Efectividad de la auditoria 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%
27	Realizar medición de la percepción de la seguridad del paciente	Porcentaje de la medición de la percepción del clima de seguridad del paciente	No. de mediciones de percepción del clima de seguridad del paciente realizadas y analizadas / Total de encuestas programadas*100	100%	Referente Seguridad del Paciente	Porcentaje	100%
28	Realizar capacitaciones con el fin de fortalecer los reportes de atenciones inseguras que se detecten	Porcentaje de cumplimiento de capacitaciones	No. de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas * 100	100%	Referente Seguridad del Paciente	Porcentaje	100%
29	Implementar la escuela de humanización	Cobertura de funcionarios y/o trabajadores que participaron de la escuela de humanización	No. de funcionarios y/o trabajadores que son certificados / Total de funcionarios y/o trabajadores a certificar*100	100%	Referente de humanización	Porcentaje	100%
30	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	No. de comités realizados / Total de comités programados*100	100%	Referente Sistemas Integrados de Gestión del Riesgo	Porcentaje	100%
31	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%	Referente Transformación Cultural	Porcentaje	100%
32	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%	Referente Responsabilidad Social	Porcentaje	100%
33	Realizar auditoria interna de los procesos definidos priorizados	Porcentaje de cumplimiento al cronograma de auditoria	No. de auditorias realizadas / Total de auditorias programadas*100	100%	Referente Auditoria de Procesos	Porcentaje	100%
34	Dar cumplimiento a los reportes de los indicadores obligatorios asignados al proceso	Porcentaje de cumplimiento de reporte de indicadores	No. de reportes de indicadores realizados / Total de reportes programados*100	100%	Referente del Sistema de Información para la Calidad	Porcentaje	100%
35	Dar continuidad a la implementación del proceso de gestión fortaleciendo el proceso de adquisición de tecnología biomédica	Porcentaje de evaluación de tecnología biomédica con metodología establecida	No. de tecnologías biomédicas adquiridas evaluadas haciendo uso de la metodología definida / Total de tecnología biomédica adquirida*100	100%	Referente Gestión de la Tecnología Biomédica	Porcentaje	100%
36	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%	Referente Gestión Ambiental	Porcentaje	100%
37	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%	Referente SIAU	Porcentaje	100%
38	Dar cumplimiento al cronograma de implementación de los derechos del paciente	Porcentaje de socializaciones realizadas	No. De socializaciones realizadas / No. De socializaciones programadas*100	100%	Referente SIAU	Porcentaje	100%

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

2. Comprometidos con una atención segura

3. 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 item adherentes al PGIRASA / Total de item evaluados*100	90%
			Seguimiento a la 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%
			Porcentaje de adherencia al procedimiento de uso y reuso en el servicio de odontología	No. De criterios que cumplen en la evaluación sobre el procedimiento de uso y reuso en el servicio de odontología / No. De criterios evaluados sobre el procedimiento de uso y reuso en el servicio de odontología * 100	90%
			Proporción de gestantes con tamización para Sífilis.	No. De gestantes con tamizaje para sífilis gestacional/ No. De gestantes reportadas activas en el periodo.*100	90%
			Cobertura de vacunación con terceras 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 terceras 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	N° de controles de calidad Interno con resultado satisfactorio / N° 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 adherentes al manual de atención 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 primer trimestre de 2025 se aplicaron listas de chequeo al PGIRASA en las diferentes sedes de la Red.

Los resultados obtenidos de la aplicación de las listas de chequeo fueron socializados durante el comité del grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria del mes de marzo de 2025.

Seguimiento a la ejecución del plan de mantenimiento hospitalario

Para el primer Trimestre de 2025, se realiza la descripción de las actividades realizadas como preventivas y correctivas, de acuerdo a las visitas de inspección, mantenimiento y adecuaciones físicas realizadas en centros de salud: Centro de salud Piloto Uribe, CAA del Sur, La clarita, Paraíso, Santa Rita, Caimo, Unidad intermedia del sur.

Porcentaje de adherencia al procedimiento de uso y reuso en el servicio de odontología

Se realizó Capacitación y evaluación de conocimiento respecto al uso y reuso de limas y fresas, donde asistieron el 100% de convocados de auxiliares - higienistas con una adherencia del 98%.

Se aplicaron 7 listas de chequeo en cada Centro de salud y en la Unidad Intermedia del Sur, donde se obtuvo una adherencia del 99.

No se suscribieron planes de mejora ya que se observa adherencia al uso y reuso en el servicio de odontología.

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

Para el I trimestre del año 2025, se tenían activas 363 gestantes. De estos, 69 se encuentran en el primer trimestre, 166 en el segundo trimestre y 128 en el tercer trimestre. Se revisó el tamizaje realizado para sífilis, 337 pacientes cumplen con los criterios establecidos para la edad gestacional, el trimestre de gestación y la fecha de tamización. Quedan pendientes de 26 pacientes, de los cuales 17 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, 8 pacientes no han asistido a toma de paraclínicos y 1 presento aborto, se realiza seguimiento diario de inasistencias a laboratorio clínico.

Para el I trimestre del año, se presentaron 10 casos de sífilis gestacional, de las cuales 9 recibieron tratamiento oportuno, 1 no realizó tratamiento terminó en aborto y se fue de la ciudad, todas tienen soporte de notas registradas en historia clínica y base de seguimiento. 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 terceras dosis de polio y pentavalente en menor de un año del régimen subsidiado**

Para el primer trimestre del año la ESE contaba con un total de 1294 nacidos vivos a los cuales se les ha garantizado el seguimiento oportuno para la programación y vacunación con tercera dosis de pentavalente, dando cobertura así al 100% de los menores de un año susceptibles para vacunación. Sin embargo, es necesario mencionar, que durante los seguimientos se cuenta con novedades de no vacunación que afectan el cumplimiento de los indicadores trazadores para el PAI institucional.

### **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.

Para esta vigencia evaluada el desempeño del control de calidad interno fue satisfactorio, sin presencia de desviaciones y no requirió implementar acciones de mejora, de igual forma se realizaron visitas de seguimiento mensual en conjunto con asesor de aplicaciones del proveedor del comodato, para verificación y análisis del desempeño del mismo.



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

Para el I trimestre del 2025, se realizó auditoria a 24 historias clínicas de atenciones de violencia de género descritas como modalidad sexual y además se auditaron 69 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 95% lo que indica un porcentaje optimo dentro de la evaluación institucional; por otro lado, al analizar violencia de naturaleza sexual se encuentra el 100% para un consolidado institucional del 98% 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 los procesos de activación de rutas en salud mental en la naturaleza no sexual de la violencia.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE		
39	Aplicar las listas de chequeo de la medición de la adherencia al PGIRASA según el cronograma establecido aprobado por el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria	Porcentaje de listas de chequeo aplicadas en el período evaluado	No. de listas de chequeo aplicadas / Total de listas de chequeo programadas a aplicar.*100	100%	Referente Gestión Ambiental	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
40	Socializar los resultados obtenidos de medición de adherencia en el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria	Porcentaje de socializaciones realizadas en el período evaluado	Total de socializaciones realizadas / Total de socializaciones programadas por el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria*100	100%	Referente Gestión Ambiental	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
41	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%
42	capacitar al personal en el procedimiento de uso y reuso	Cumplimiento a capacitaciones sobre uso y reuso	No. De capacitaciones realizadas sobre uso y reuso / No. De capacitaciones programadas sobre uso y reuso* 100	100%	Coordinadora Odontología	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
43	Aplicar listas de chequeo para verificar adherencia al procedimiento	Cumplimiento al cronograma de aplicación de listas de chequeo	No. de listas de chequeo aplicadas / Total de listas de chequeo programadas a aplicar.*100	100%	Coordinadora Odontología	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
44	Suscribir planes de mejoramiento en caso de identificarse desviaciones en la medición de la adherencia al procedimiento	Gestión de desviaciones identificadas en el procedimiento de uso y reuso	No. De desviaciones identificadas con plan de mejoramiento / total de desviaciones identificadas * 100	100%	Coordinadora Odontología	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
45	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 a la población gestante.	No. De gestantes tamizadas para sífilis gestacional según su edad gestacional y frecuencia / Total de gestantes activas a las cuales les corresponde el tamizaje según su edad gestacional y frecuencia.*100	100%	Líder Ruta materno perinatal	Porcentaje	100%	25%	23%	23%
46	Gestionar el tratamiento oportuno y completo para el manejo de la sífilis gestacional	Gestión de tratamiento oportuno y completo para Sífilis Gestacional	No. de gestiones 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%	23%	23%
47	Realizar seguimiento a las cohortes (Recien 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 terceras dosis de polio y pentavalente / Total de menores de 1 año registrado en las cohortes *100	100%	Enfermera PAI	Porcentaje	100%	25%	25%	25%



SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE		
48	Realizar seguimiento a los resultados de control de calidad interno del laboratorio clínico e implementar acciones de mejoramiento en el caso de presentar desviaciones	Cumplimiento a las acciones de mejoramiento	No. de acciones con cumplimiento / Total de acciones de mejoramiento definidas*100	100%	Coordinadora Laboratorio	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
49	Realizar auditoría de historias clínicas a los casos reportados como víctimas de violencia de género	Porcentaje de auditoría a los casos reportados de víctimas de violencia de género que presentan adherencia	No. de historias clínicas auditadas de víctimas de violencia de género / Total de consultas realizadas a víctimas de violencia de género*100	100%	Profesional Epidemiología	Porcentaje	100%	25%	25%	25%

Para el primer trimestre el componente Comprometidos con una atención segura cumplió con el 98.5% de lo programado en el plan de acción, esto debido al cumplimiento parcial de 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 y Gestionar el tratamiento oportuno y completo para el manejo de la sífilis gestacional.

### 3. Gestión del desarrollo organizacional.

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
3. 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 contrarreferencia	No. de indicadores analizados y cargados en la plataforma / Total de indicadores del proceso de referencia y contraferencia *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 Programa de Transparencia y Etica Pública	No. De seguimientos realizados al Programa de Transparencia y Etica Publica / No. De seguimientos programados al Programa de Transparencia y Etica Pública*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 contrarreferencia

Se realizó registro y análisis de los resultados de los indicadores del proceso en la plataforma torresoft, los resultados fueron presentados en el comité de referencia y contra referencia dando cumplimiento al cronograma establecido en el plan de trabajo del comité.

## **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 institucional y de las sedes aprobado para la vigencia 2025, el presente informe hace parte del seguimiento realizado por el área de Planeación.

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

Para dar cumplimiento con los objetivos del POA Vigencia 2025, se programaron para el trimestre 12 actividades las cuales se les dio cumplimiento en un 100% así: 1- se realizó un comité extraordinario en el mes de enero con el objetivo de presentar y aprobar por el comité los planes institucionales, 2- comité de MIPG se realizó el día 8 de febrero de 2025, dentro de este comité se realizó la presentación de indicadores, la estrategia de audiencia pública para la rendición de cuentas, el plan estratégico de la tecnología y la presentación de la actualización de la política de integridad, gestión del conocimiento y fortalecimiento y simplificación de procesos.

2- mesas de trabajo. Durante este periodo se programaron 9 mesas de trabajo así: a- mesa de trabajo con la política de gestión del talento Humano, b- mesa de trabajo con la política de racionalización de trámites, c- mesa de trabajo con la política de la defensa jurídica, mesa de trabajo con gestión del conocimiento y la innovación, para el mes de febrero se realizaron las siguientes mesas de trabajo, política de gobierno digital con sistemas, política de tramites sistemas, política de control interno. para el mes de marzo se realizaron las siguientes mesas, defensa jurídica con el fin de realizar y dar apoyo al autodiagnóstico y revisar plan de acción del mismo primer trimestre, política del servicio al ciudadano diligenciamiento del autodiagnóstico, política de participación ciudadana, política de gestión documental con el fin de dar apoyo en el diligenciamiento del autodiagnóstico primer trimestre, de esta manera se cumplimiento al plan de trabajo programado para el primer trimestre.

Así mismo, se tuvo participación en diligenciamiento del FURAG en lo relacionado con talento Humano, gestión del conocimiento y la innovación.

Al cierre del primer trimestre de la presente vigencia, en lo que tiene que ver con el plan de acción desde las dimensiones se dio cumplimiento en un 25% a los procesos programados: en el comité Institucional de gestión se presentaron los planes institucionales, talento humano cumplió con las actividades de capacitación, bienestar social y reinducción. En cuanto al direccionamiento estratégico, planeación elaboró y presento el plan de acción anual para la vigencia 2025, Servicio al ciudadano dio cumplimiento a su plan de socialización, capacitación y la promoción de derechos y deberes, gobierno digital elaboró y presentó el plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información y los avances para este primer trimestre.

El área de planeación con la participación de comunicaciones, Siau y sistemas el día 28 de marzo se dio cumplimiento a la audiencia pública de rendición de cuentas por parte de la gerencia de Red salud Armenia E.S.E. con una nutrida participación tanto de cliente interno como de la comunidad. Control interno en el mes de febrero dio cumplimiento a su plan de acción con la realización del comité de control interno y el inicio de su plan de auditorías.

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

El plan anual de adquisiciones para la vigencia 2025 fue adoptado mediante Resolución 037 de enero 17 de 2025, publicado en la página web institucional.

**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 la publicación de los contratos celebrados en el SECOP 2. Para el primer trimestre se relacionan los contratos así:

Prestación de servicios	101
Outsourcing	2
Compraventa	2
Suministro	20
Arrendamiento	3
Consultoría	6
Total	134

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

En el comité institucional de coordinación de control interno realizado en el mes de febrero se realizó la presentación del Plan Anual de Auditoría Vigencia 2025.

**Porcentaje de seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública**

El seguimiento de los componentes del Programa de Transparencia y Ética Pública se realizan cada 4 meses, según la normatividad vigente, la Oficina de Control Interno realizará seguimiento tres (3) veces al año, así:


- a. Primer seguimiento: Con corte al 30 de abril 2025. En esa medida, la publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de mayo.
- b. Segundo seguimiento: Con corte al 31 de agosto 2025. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de septiembre.
- c. Tercer seguimiento: Con corte al 31 de diciembre 2025. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de enero del 2026. Esta actividad no está programada para el primer trimestre de la vigencia.

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

No tiene actividades programadas para el primer trimestre de 2025

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE		
50	Analizar los resultados de los indicadores en la plataforma	Análisis de indicadores	No. de indicadores analizados / Total de indicadores por analizar * 100	100%	Enfermera Referencia y Contrareferencia	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
51	Presentar el análisis de los resultados de los indicadores en el comité de Referencia y Contrareferencia	Presentación de resultados de indicadores	No. de reuniones de comité realizados con análisis de indicadores / Total de reuniones de comité programados*100	100%	Enfermera Referencia y Contrareferencia	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
52	Realizar seguimiento y/o acompañamiento a los responsables de la ejecución de las actividades programadas.	Porcentaje de cumplimiento del POA	No. De informes de seguimiento realizados del POA/ No. De informes de seguimiento programados del POA*100	100%	Profesional Planeación	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
53	Realizar el plan de trabajo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño con el fin de lograr la implementación de las diferentes dimensiones de MIPG	Porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño	No de actividades desarrolladas del plan de trabajo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño / Total de actividades programadas en el Comité Institucional de Gestión y desempeño * 100	100%	Profesional de apoyo a SPI	Porcentaje	100%	100%	100%	100%
54	Ejecutar el plan de trabajo establecido en cada una de las dimensiones de 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%
55	Ejecutar el Plan Anual de Adquisiciones	Porcentaje de cumplimiento al Plan Anual de 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%			
56	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%	Profesional Contratación	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
57	Presentar los resultados obtenidos al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de las auditorías internas de gestión.	Socialización de resultados obtenidos de la auditoría interna de gestión	No. de socializaciones realizadas de los resultados de auditoría interna de gestión / Total de socializaciones programadas de los resultados de la auditoría interna de gestión *100	100%	Asesora de Control Interno	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
58	Realizar el seguimiento al cumplimiento de los componentes del Programa de Transparencia y Ética Pública	Cumplimiento a los seguimientos de los componentes del Programa de Transparencia y Ética Pública	No. De seguimientos realizados a los componentes del Programa de Transparencia y Ética Pública/ No. De seguimientos programados a los componentes del Programa de Transparencia y Ética Pública.*100	100%	Asesora de Control Interno	Porcentaje	100%			
59	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 del 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%			

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

 <b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2025</b>			
LÍNEA	COMPONENTE POA	1er 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	2,46%	2,50%
	Gestión del desarrollo organizacional	2,50%	2,50%

La línea estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la Mejora continua cumplió con el 99% de lo programado en el trimestre, debido a que el componente comprometidos con una atención segura no cumplió con el 100% de lo programado.

### 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
4.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	95%
			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	95%
			Cumplimiento al Plan Estratégico de Comunicaciones PECOS	No. de actividades ejecutadas del plan estratégico de comunicaciones PECOS / Total de actividades programadas del Plan estratégico de comunicaciones PECOS*100	95%



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

Se construyó el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI adoptado mediante Resolución 032 Enero 17 de 2025, publicado en la página web institucional. Se realiza seguimiento al plan y se presenta lo realizado en el primer trimestre de la vigencia:

1. Arrendamiento firewall- UTM- gestión unificada de amenazas se cumplió en el mes de enero. 2. Arrendamiento Interconexión centros de salud, fibra óptica – radio en laces se cumplió para el mes de enero. 3. Tener contratado un canal de internet, dedicado banda ancha de 200 MB. Canal contratado en el mes de enero, cumplimiento del 100%. 4. Renovación licencia antivirus, esta actividad no se ha podido cumplir. 5. Renovación licencia correos electrónicos se cumplió desde el mes de enero. 6. Mantenimiento preventivo de la UPS. Esta actividad se cumplió en el mes de marzo 100%. 7. mantenimiento correctivo y preventivo de equipos de cómputo e impresoras, actividad con cumplimiento en el mes de febrero. 9. Actualización de página web. 10. re potenciador de servidor. 11. Arrendamiento software de gestión documental, cumplimiento 100% mes de enero. 12. Mantenimiento a la red de datos. 13. Socializar el cumplimiento a la matriz de riesgo. 14. Realizar EPM de sistemas de información, este proceso se ha realizado durante el trimestre. Se cumplieron 10 de 14 actividades, el porcentaje para el primer trimestre del 2025 es del 71%.

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

Se construyó el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, adoptado mediante Resolución 032 de enero 17 de 2025 y publicado en la página web institucional. Se realiza seguimiento a plan y se presenta en comité de MIPG el cual cuenta con los siguientes indicadores: Indicadores de Seguridad y privacidad de la información. Número de copias de seguridad realizadas en el mes / Número total de copias seguridad programadas en el mes  $450/450 = 100\%$  Número de solicitudes de creación de usuarios Realizadas en el mes / Número total de solicitudes de creación tramitadas en el mes  $54/54 = 100\%$  Número de solicitudes de inactivación de usuarios realizadas en el mes / Número total de inactivaciones realizadas en el mes  $3/3 = 100\%$ .

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

Se construyó el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información adoptado mediante Resolución 032 de enero 17 de 2025 y publicado en la página web institucional, el cual se mide con la matriz de riesgos el cual tuvo un cumplimiento del 100% de lo programado en el trimestre.


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

El Plan Estratégico de Comunicaciones en Salud PECOS AP-GT-PL-003 versión 5, continúa siendo el mismo del año pasado, no requiere para el periodo modificaciones o cambios. Se realizó la elaboración del plan de acción para la vigencia y está diseñado mes a mes dando cumplimiento en la vigencia. El Plan de Acción del Plan Estratégico de Comunicaciones en Salud PECOS, fue presentado ante el Comité de Gerencia para su aprobación el día jueves 27 de marzo. Se ha cumplido de forma satisfactoria con las actividades programadas pertenecientes al primer trimestre, donde en el mes de enero fueron socializadas 49 publicaciones, en febrero se realizaron 70 y en marzo

fueron publicadas 80 piezas dándole cumplimiento al 100% de las actividades programadas.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE		
60	Construir el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI para la vigencia 2025	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI construido	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones PETI construido (1)	100%	Referente Sistemas de Información	Porcentaje	100%	100%	100%	100%
61	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%	Referente Sistemas de Información	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
62	Construir el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información para la vigencia 2025	Plan de Seguridad y Privacidad de la Información construido	Plan de Seguridad y Privacidad de la Información construido (1)	100%	Referente Sistemas de Información	Porcentaje	100%	100%	100%	100%
63	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%	Referente Sistemas de Información	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
64	Construir el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información para la vigencia 2025	Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información construido	Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información construido ( 1)	100%	Referente Sistemas de Información	Porcentaje	100%	100%	100%	100%
65	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%	Referente Sistemas de Información	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
66	Diseñar el plan de acción del Plan Estratégico de Comunicaciones PECOS para la ESE	Plan de acción del plan estratégico de comunicaciones diseñado	Plan de acción del plan estratégico de comunicaciones diseñado (1)	100%	Profesional Comunicaciones	Porcentaje	100%	100%	100%	100%
67	Presentar el plan de acción del plan Estratégico de Comunicaciones a la alta dirección para su aprobación	Plan de acción del plan estratégico de comunicaciones aprobado	Plan de acción del plan estratégico de comunicaciones aprobado (1)	100%	Profesional Comunicaciones	Porcentaje	100%	100%	100%	100%
68	Ejecutar el plan de acción del plan Estratégico de Comunicaciones	Porcentaje de ejecución del plan de acción del plan estratégico de comunicaciones	No. De actividades realizadas del plan de acción del plan estratégico de comunicaciones / total de actividades programadas del plan de acción del plan estratégico de comunicaciones *100	100%	Profesional Comunicaciones	Porcentaje	100%	25%	25%	25,0%

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

 <b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2025</b>			
LÍNEA	COMPONENTE POA	1er TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
4. Sistema de información y herramientas de integración	Enlazate con la red	4,00%	4,00%

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

- Fortalecimiento de la ESE como centro de formación académica

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
5.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	Porcentaje de cumplimiento a requisitos para acceder a la acreditación como hospital universitario	No.de criterios que cumplen con la resolucion No. 3409 de 2012 / Total de criterios establecidos en la Resolución No. 3409 de 2012* 100	50%
			Porcentaje de evaluación al cumplimiento de la reglamentación de convenios	No. De convenios evaluados en el período / No.de convenios vigentes * 100	100%

#### Porcentaje de cumplimiento a requisitos para acceder a la acreditación como hospital universitario

En el primer trimestre se tiene un porcentaje de 57 % del 100 % programado puesto que aún no se cumplen los criterios de evaluación de acreditación y grupos de investigación reconocidos nacionalmente y vinculados a Colciencias, ya que se sigue


trabajando en pro de lograr cumplir los requerimientos desde el área de investigación Se realizó el plan de mejora del proceso de convenios durante el primer trimestre, que se empezara a ejecutar para el segundo trimestre.

Porcentaje de evaluación al cumplimiento de la reglamentación de convenios

Durante el primer trimestre se tenían programados realizar un CODA de inicio por cada institución y programa en convenio, que fue realizado como consta en las actas que reposan en el archivo de gestión del área de Convenios Docencia Servicio.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE		
69	Realizar autoevaluación en cumplimiento a los criterios definidos en la Resolución 3409 de 2012	Porcentaje de cumplimiento a la Resolución 3409 de 2012	No. De criterios con cumplimiento / No. De criterios evaluados * 100	100%	Coordinadora Convenios Docencia Servicio	Porcentaje	100%	100%	57%	57%
70	Formular plan de mejoramiento según el resultado de la autoevaluación realizada según Resolución 3409 de 2012	Porcentaje de cumplimiento a la formulación del plan de mejoramiento	No. de planes de mejora realizados/ No. de planes de mejora programados*100	100%	Coordinadora Convenios Docencia Servicio	Porcentaje	100%	100%	100%	100%
71	Ejecutar el plan de mejoramiento formulado	Porcentaje de cumplimiento al plan de mejoramiento formulado	No. De actividades realizadas del plan de mejoramiento / No. De actividades programadas del plan de mejoramiento * 100	100%	Coordinadora Convenios Docencia Servicio	Porcentaje				
72	Comité Docencia Servicios con las IES	CODAS de inicio y finalización por periodo académico con cada IES	No.CODAS celebrados por periodo académico con las IES/No. CODAS programados por periodo académico con las IES *100	100%	Coordinadora Convenios Docencia Servicio	Porcentaje		25%	25%	25%

Para el primer trimestre el componente POA Fortalecimiento de la ESE como centro de formación académica, cumplió con el 80% de lo programado en el plan de acción.

 <b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2025</b>			
LÍNEA	COMPONENTE POA	1er TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
5. Hospital competente e innovador en practicas formativas e investigación académica	Fortalecimiento de la ESE como centro de formación académica	3,20%	4,00%

La línea estratégica Hospital competente e innovador en prácticas formativas e investigación académica cumplió con el 80% de lo programado en el primer trimestre, esto debido al resultado obtenido en la autoevaluación en cumplimiento a los criterios definidos en la Resolución 3409 de 2012.

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
6. 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	Estudios en salud gestionados	No. De estudios en salud desarrollados/No de estudios en salud gestionados. *100	70%

Estudios en salud gestionados


El plan de trabajo del Centro de estudios en Salud e Investigaciones CEIS, cuenta con 4 áreas a desarrollar para la vigencia 2025:

- Desarrollo de líneas de Investigación.
- Desarrollo de portafolio de servicios del CEIS.
- Desarrollo de la Infraestructura del CEIS en Piloto Uribe. Creación de un ecosistema para la Investigación clínica en Armenia. Los avances del plan de trabajo se socializaron en el Comité de Gerencia del mes de marzo.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE		
73	Formular plan de trabajo que contribuya a la consecución de estudios en salud	Plan de trabajo formulado	Plan de trabajo formulado	100%	Profesional Investigación	Porcentaje		100%	100%	100%
74	Ejecutar plan de trabajo para la consecución de estudios en salud	Plan de trabajo ejecutado	No.de actividades realizadas del plan de trabajo/ No de actividades programadas del plan de trabajo * 100	100%	Profesional Investigación	Porcentaje		25%	25%	25%
75	Socializar los avances del cumplimiento del plan de trabajo en el Comité de Gerencia	Porcentaje cumplimiento a las socializaciones	No. De socializaciones realizadas/ No. De socializaciones programadas * 100	100%	Profesional Investigación	Porcentaje	100%	25%	25%	25%

Para el primer 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.



		<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2025</b>	
LÍNEA	COMPONENTE POA	1er TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
6. Investigación en salud, aportando conocimiento	Red reconocida como centro de investigación	4,00%	4,00%

La línea estratégica investigación en salud, aportando conocimiento cumplió con el 100% de lo programado en el primer 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:

- Apostándole al cliente interno.

Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
Contar con un talento humano competente, comprometido y satisfecho con su trabajo.	Apostándole al cliente interno.	Porcentaje de satisfacción del clima laboral	Número de encuestados que responden buena, muy buena a la pregunta 3.3 de la encuesta de clima laboral / Total de personas que responden a la encuesta del clima laboral ) * 100	95%
		Resultado obtenido en la autoevaluación de Hospital seguro	Resultado obtenido en la autoevaluación de Hospital seguro en cada una de las sedes/8	60%

#### Porcentaje de satisfacción del clima laboral

Para el primer trimestre se dio cumplimiento al Plan de capacitaciones con un total de 43 correspondientes a Emergencias, Epidemiología, sistemas, SST, vacunación, Humanización, Gestión Ambiental, Laboratorio, Odontología, Transformación cultural,

Urgencias, Enfermería.

En el Plan de Bienestar e incentivos Para I trimestre se concedió los incentivos por día de cumpleaños a (31) funcionarios, días especiales, como el día del contador a (3) funcionarios, 1 actividad recreativa a (38) funcionarios del CAA del sur. Auxilios educativos (27) Auxilios de anteojos (6) Auxilios odontológicos (3). Cumpliendo así con el 100% de las actividades programadas en el I trimestre del 2025.

Para el primer 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:

1.Actualización del Manual del Sistema de Gestión

2.Actualización y Socialización de la Política SG-SST

Se actualizó la Política del SG-SST, la cual fue socializada y divulgada a través de los canales institucionales el 26 de febrero de 2025, con el objetivo de garantizar su conocimiento y cumplimiento en toda la organización.

3.Promoción de la Salud y Bienestar

Se realizaron actividades de pausas activas y se promovieron hábitos y estilos de vida saludable tanto en la UIS como en los Centros de Salud, con el objetivo de mejorar el bienestar de los colaboradores.

4.Capacitación al COPASST – COCOLAB

Se brindó capacitación al COPASST – COCOLAB, abordando las responsabilidades y funciones del Comité en materia de seguridad y salud en el trabajo.

5.Fortalecimiento de la Bioseguridad

Se fortaleció la adherencia al manual de bioseguridad, realizando inspecciones periódicas y capacitaciones sobre riesgo biológico y las barreras de prevención correspondientes.

6.Clima Laboral y Cultura Organizacional

En los EPM, se abordó el clima laboral con el apoyo de una psicóloga, quien socializó temas sobre el acoso laboral y la ruta de reporte, contribuyendo al fortalecimiento de la cultura organizacional.

7.Campañas de Cuidado Visual

Se realizaron campañas de cuidado visual en la UIS y en el CAA del Sur, promoviendo la salud ocular entre los colaboradores.

8.Seguimiento a Condiciones de Salud

Se realizó un seguimiento detallado a las condiciones de salud de los trabajadores, en colaboración con la médica laboral. Además, se organizó una mesa de trabajo con las directivas para fortalecer las acciones de mejora.

9.Análisis de Ausentismo

Se llevó a cabo un análisis trimestral de ausentismo, el cual fue enviado al área de Talento Humano para su seguimiento y toma de decisiones.

10.Revisión de la Matriz Legal

Se realizó una revisión de la matriz legal con la asesoría de ARL Positiva el 9 de abril de 2025, para garantizar el cumplimiento de las normativas y regulaciones vigentes.

11.Jornadas de Orden y Aseo

Se realizaron 8 jornadas de orden y aseo en las instalaciones, y se creó un formato de inspección de orden y aseo para asegurar una mejor trazabilidad y cumplimiento de los estándares establecidos.

12.Divulgación del Plan Hospitalario de Emergencias

Desde el área de Emergencias y Desastres, se difundió el plan hospitalario de emergencias, así como las rutas de evacuación y los puntos de encuentro, tanto en la UIS como en los Centros de Salud.

13.Capacitación de la Brigada de Emergencias

La brigada de emergencias recibió capacitación mensual y fue certificada por el SENA para garantizar su preparación ante situaciones de emergencia.

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.

Resultado obtenido en la autoevaluación de Hospital seguro

Durante el trimestre para dar cumplimiento al cronograma de capacitaciones en emergencias y desastres se realizaron las siguientes actividades: Capacitacion de mision medica: 155 funcionarios. Capacitacion del PHGRED los temas fueron señalizacion y puntos de encuentro: 41 funcionarios y Zonas de expansión: 20 funcionarios. Capacitacion a la brigada de emergencia, los temas fueron: Responsabilidades de la brigada: 21 funcionarios RCCP teoria: 30 funcionarios y RCCP practica: 29 funcionarios. para un total de funcionarios capacitados en el primer trimestre de: 292 colaboradores.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE		
76	Ejecutar el Plan Institucional de Capacitaciones (PIC) según su programación establecida	Porcentaje de ejecución del Plan Institucional de capacitaciones (PIC)	No. De actividades realizadas del Plan Institucional de Capacitaciones / Total de actividades programadas del Plan Institucional de Capacitaciones*100	100%	Coordinadora Talento Humano	Porcentaje	100%	25%	25%	25%
77	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%
78	Realizar seguimiento a la actualización en la plataforma SIGEP de las historias laborales de los servidores públicos inscritos en la planta de	Formatos actualizados en la plataforma SIGEP (Declaración de bienes y rentas)	No. De declaraciones de bienes y rentas actualizadas /No. De funcionarios incritos en la planta de empleo*100	100%	Coordinadora Talento Humano	Porcentaje	100%			
79	Ejecutar el Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	Porcentaje de ejecución del Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el 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		25%	25%	25%
80	Ejecutar el cronograma de simulacros de emergencias y desastres	porcentaje de cumplimiento cronograma de simulacros emergencias desastres	No. De simulacros de emergencias y desastres realizados / No. De simulacros de emergencias programados * 100	100%	Líder de Emergencias	Porcentaje				
81	Ejecutar el cronograma de capacitaciones en emergencias y desastres	Porcentaje de cobertura de capacitaciones emergencias desastres	No. De personas que recibieron capacitación en emergencias y desastres / No. De personas programadas para capacitación en emergencias y desastres * 100	100%	Líder de Emergencias	Porcentaje		25%	25%	25%

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

		<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2025</b>	
<b>LÍNEA</b>	<b>COMPONENTE POA</b>	<b>1er TRIMESTRE</b>	
		<b>EJECUTADO</b>	<b>PROGRAMADO</b>
7. El capital humano nuestra prioridad.	Apostándole al cliente interno.	1,00%	1,00%

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

Con respecto al plan de acción se cumplió con el 98% de lo programado en el primer trimestre.


En conclusión, Para el primer trimestre del año 2025, se obtuvo un cumplimiento de 26.88%, frente a un programado de 27.75%, con una diferencia porcentual negativa de -0.87%

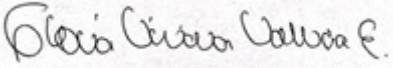
Lo anterior dado que todas las líneas estratégicas cumplieron con el 100% de lo programado en el trimestre. Con un acumulado para la vigencia de 26.88% esto debido a que en la línea estratégica 1.Prestación de servicios de salud enfocados en la gestión del riesgo en el Componente POA Fortalecer el modelo de atención en gestión del riesgo en salud tuvo un cumplimiento del 99% en lo programado en el trimestre en Gestionar la captación temprana de los pacientes entre 18 y 69 años para DM, Realizar auditoría a las historias clínicas de la Ruta Integral Materno Perinatal según muestreo estadístico definido en el Comité de Historias Clínicas, Realizar auditoría de adherencia a las GPC priorizadas.

En la línea estratégica 3 Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua. Componente POA Comprometidos con una atención segura cumplió con el 98.5% de lo programado, esto debido al cumplimiento parcial de 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 y Gestionar el tratamiento oportuno y completo para el manejo de la sífilis gestacional.

La línea estratégica 5. Hospital competente e innovador en prácticas formativas e investigación académica Componente POA Fortalecimiento de la ESE como centro de formación académica cumplió con el 80% de lo programado en el primer trimestre, esto debido al resultado obtenido en la autoevaluación en cumplimiento a los criterios definidos en la Resolución 3409 de 2012.

A continuación, se muestra el cuadro comparativo ejecutado VS programado, para el primer trimestre de 2025:

	<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2025</b>		
<b>LÍNEA</b>	<b>COMPONENTE POA</b>	<b>1er TRIMESTRE</b>	
		<b>EJECUTADO</b>	<b>PROGRAMADO</b>
1.Prestación de servicios de salud enfocados en la gestión del riesgo	Fortalecer el modelo de atención en gestión del riesgo en salud	2,47%	2,50%
2. Innovación, inversión y sostenibilidad institucional	Modernización de la infraestructura y estructura tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios	1,25%	1,25%
	Red Salud sostenible y eficiente	2,50%	2,50%
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	2,46%	2,50%
	Gestión del desarrollo organizacional	2,50%	2,50%
4. Sistema de información y herramientas de integración	Enlazate con la red	4,00%	4,00%
5. Hospital competente e innovador en practicas formativas e investigación académica	Fortalecimiento de la ESE como centro de formación académica	3,20%	4,00%
6. Investigación en salud, aportando conocimiento	Red reconocida como centro de investigación	4,00%	4,00%
7. El capital humano nuestra prioridad.	Apostándole al cliente interno.	1,00%	1,00%
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2025</b>		<b>26,88%</b>	<b>27,75%</b>
<b>DIFERENCIA PORCENTUAL</b>		<b>-0,87%</b>	
<b>ACUMULADO</b>		<b>26,88%</b>	



GLORIA VIVIANA VALENCIA E  
PU PLANEACIÓN