



Red Salud Armenia E.S.E.

PA' CUIDAR DE TODOS

INFORME POA Y PLAN DE ACCIÓN II TRIMESTRE 2025

Informe POA y Plan de Acción Segundo 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

- Según lo programado para el trimestre se dio cumplimiento a:
- 1.Convocar a los procesos correspondientes para actualización conjunta de portafolio de servicios
 - 2.Actualizar las fichas de contratación
 - 3.Socializar las fichas de contratación y portafolio actualizado a líderes de procesos.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	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 mercadeo institucional*100	100%	Profesional Mercadeo	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%

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

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

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
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%
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.	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 periodo Hospitalización pediatría + Sumatoria de días de estancia de los egresos totales del periodo hospitalización obstetricia) / (Número total de egresos de Hospitalización adulto en el periodo + Número de egresos totales Hospitalización pediatría en el mismo periodo + Número de egresos totales hospitalización obstetricia en el mismo periodo)	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

Para el segundo trimestre se inició con 12 usuarios, ingresó un usuario nuevo en la actualidad con 13 usuarios activos. Este trimestre se realizó psicoeducación tanto a los usuarios y sus familias sobre herramientas las cuales ayudarán a comprender y manejar problemas relacionados con el consumo, ya sea de sustancias o comportamientos adictivos. Su objetivo principal es empoderar a los usuarios y a su entorno para tomar decisiones informadas y promover cambios positivos en sus vidas.

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

Durante el segundo trimestre, se continuó con la implementación del plan de acción orientado a la captación de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus. Esta estrategia incluye el intercambio de información con la EPS y el cruce de datos con las bases RIPS, lo cual ha permitido identificar casos nuevos y fortalecer el seguimiento de la población con esta patología. Como resultado, se evidencia una mejora sostenida del indicador en comparación con el mismo periodo del año anterior, alcanzando un cumplimiento del 30.36% con respecto a la meta establecida para el presente año. Esta tendencia positiva refleja el impacto favorable de la estrategia implementada, razón por la cual se continuará aplicando y reforzando con el objetivo de alcanzar un 100% de cumplimiento en los próximos trimestres.

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

Durante el segundo trimestre, la captación de usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial (HTA) se realizó principalmente a través de la remisión de pacientes provenientes de consultas generales y de rutas de promoción por ciclo de vida. Adicionalmente, se continuo con el fortalecimiento de la gestión mediante el análisis de bases de datos suministradas por el programa de Promoción y Detección (PYD) y de correos enviados por las EPS. Como parte del proceso, se mantiene un contacto mensual mediante demanda inducida telefónica, a través del cual se ordenan los paraclínicos necesarios y se agenda cita con medicina general para confirmar o descartar el diagnóstico. En los casos positivos, se garantiza el ingreso oportuno a la ruta cardio-metabólica, donde se da inicio al control y tratamiento integral de la patología. Gracias a la implementación sostenida de esta estrategia, se ha logrado un cumplimiento satisfactorio de la meta establecida para el indicador en este segundo trimestre, evidenciando un trabajo articulado y eficiente que continuará fortaleciéndose en el transcurso del año.

Adherencia al Programa de Atención Domiciliaria

Durante el período correspondiente al segundo trimestre del 2025, el Programa de Atención Domiciliaria (PADO) ha prestado servicios a un total de usuarios, distribuidos y categorizados de la siguiente manera:

- Total de pacientes programados: 126
- Pacientes efectivamente atendidos: 108
- Pacientes nuevos ingresados durante el período: 14
- Pacientes fallecidos: 11
- Pacientes que salieron del programa: 7

Distribución por Entidad Administradora de Planes de Beneficio (EAPB)

- Asmet Salud: 74 pacientes

- Sanitas: 18 pacientes
 - Sura: 16 pacientes
- Distribución por Género
- Mujeres atendidas: 68
 - Hombres atendidos: 4

Gestión de medicamentos pendientes

Los meses de abril, mayo y junio de la vigencia 2025 se diligencio el formato MI-SF-FO-05, para el envío oportuno a las EAPB.

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

Para el segundo trimestre se cuenta con las 6 cohortes las cuales se están gestionando

Primera infancia: total 5.511 atendidos 2.326 = 42.2%

Infancia: total 7259 de usuarios Atendidos: 1.794= 25%

Adolescencia: Total de usuarios 7.615. Atendidos 2.857= 37.5%

Juventud: Total de usuarios 14.840. Atendidos 3746= 25.2%

Adulthood: Total de usuarios 33.623. Atendidos 6.037= 18%

Vejez: Total de usuarios 14.563 Atendidos 5.365= 37%

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 con un cumplimiento en el trimestre del 60%.

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 realizó auditoria a 33 historias clínicas de la ruta de Primera Infancia con una adherencia del 98% y auditaje a 33 historias clínicas de la ruta de Infancia con una adherencia del 97%.

En total se auditaron 66 historias clínicas con una adherencia del 97.5% promedio.

Planes de Mejora:

Se levantaron 38 de Planes de Mejora correspondientes a 30 de médicos y 8 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 subsanar 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 Materno perinatal:

En Control Prenatal, se realizó auditoria a 30 historias clínicas con un porcentaje de adherencia del 99%.

En Atención del Parto, se realizó auditoria sobre dos historias clínicas, con un porcentaje de adherencia del 92%. En Control de Puerperio, se realizó auditoría a 27 historias clínicas, con una adherencia del 90%. En Control del recién nacido en urgencias se auditaron dos historias clínicas con una adherencia del 97%. En control del recién nacido ambulatorio, se realizó auditoría a 27 historias clínicas con una adherencia del 93%. Para un total de adherencia a 88 historias clínicas auditadas del 94.2%.

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

Se levantaron Planes de Mejora individuales por médico con transferencia de los hallazgos encontrados y retroalimentación personalizada de los mismos para el mejoramiento de los resultados.

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

Se hizo un total de 12 hallazgos de atenciones en más de 30 minutos de pacientes clasificados como Triage II, distribuidos en 7 en abril, 1 en mayo y 4 en junio, los cuales se revisaron en conjunto con los médicos que realizaron la atención inicial.

7

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, lo cual se ha insistido, que antes del inicio de la atención médica, se abre la historia, para continuar con la atención médica y luego el registro. Otro hallazgo son los pacientes a quienes 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, con lo cual se ha hecho un trabajo constante de concientización, frente a qué se debe de realizar la atención oportuna de los pacientes con mayor gravedad que son los pacientes clasificados como Triage I y II. También se observó que en ocasiones se realiza un error en la clasificación de Triage, clasificando como Triage II, pacientes que debieron de ser clasificado como Triage III, lo que se empezara a retroalimentar con los médicos.

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

Promedio de estancia hospitalaria consolidado institucional

El indicador de días de estancia hospitalaria es un indicador que ha ido mejorando a medida que se realizan intervenciones al personal médico que están asignado al área de hospitalización, para el primer trimestre el indicador presentaba un promedio de 2.5 días de estancia (Estándar de 3 días), obteniendo para el segundo trimestre un promedio de 2.1 días estancia, lo que representa una significativa mejora en la gestión del indicador. En la revisión del segundo trimestre se hizo un total de 45 hallazgos de estancias hospitalarias prolongadas (mayor a 3 días), distribuidos en 18 casos en abril, 14 en mayo y 13 en junio, 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 (un 62% aproximadamente de los casos), por lo que tras poca respuesta a mejoría en este nivel de atención parte de ellos fueron remitidos urgencializados por los médicos de hospitalización aunque en relación al primer trimestre disminuyeron los casos urgencializados, se podría asumir como una mayor resolutivead en el servicio de hospitalización al momento de dar continuidad al tratamiento del paciente, 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 y un adecuado seguimiento. 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 a 5 días siendo justificada en historia clínica la continuidad de tratamiento.

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, teniendo en cuenta que en su mayoría de casos son usuarios que se inició trámite de remisión antes de los primeros 3 días de estancia y por no respuesta de su EPS sobrepasaron este tiempo.

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 días 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

9

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 segundo trimestre del año 2025, se evidencia que el porcentaje de lo real es igual a lo programado. Por consiguiente, es importante analizar lo siguiente: para la actividad 1 se cumple al 100% teniendo en cuenta que se cumplen con los 3 análisis programados a la fecha, respecto a la oportunidad de primera vez de cita de medicina general, resaltando que dicho indicador se logra manejar y controlar por medio de la estrategia médico al día y adicional, la disponibilidad de los funcionarios para atender pacientes extras, cuando surge la necesidad, nivelando las consultas cada día. Para la actividad 2 se cumple con el 100% de las actividades programadas. Para la actividad 3 se cuenta con un porcentaje de cumplimiento del 100%, pues se encuentran en torresoft los 3 análisis correspondientes hasta la fecha, respecto a la capacidad instalada, en donde se evidencia que la capacidad instalada de enfermería, se cumple al 100%, pero se logran ofertar horas para medicina general y odontología. Para la actividad 4 se cumple con el 100% logrando a su vez una muy buena adherencia, con respecto a la realización de los EPM se cumple al 100% se programaron 3 EPM, los tres cuentan con las actas realizadas y firmadas por cada uno de los participantes. Se dio cumplimiento a la realización de la reunión de evaluación por procesos contando con la presencia de la enfermera coordinadora y la Subgerencia Científica, se han logrado el análisis de los indicadores desviados y se han obtenido mejores resultados. Se buscan estrategias que mejoren el funcionamiento para la Sede.

CENTRO DE SALUD EL CAIMO

Para el Segundo trimestre del 2025, se dio 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:

- 1.El tiempo promedio de espera para la asignación de citas de primera vez de medicina general durante el segundo trimestre se presentó en 0,8 es decir en menos de un 1 día lo que indica que está dentro del tiempo esperado para la asignación de la cita, la cual es menos de tres días, cumpliendo la meta para este indicador. indicador que se encuentra en torresoft.
- 2.Se realizó capacitación en el eje de atención humanizada y prevención de infecciones e higiene de manos, donde asistieron todos los convocados.
- 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.
- 4.Se participó de 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 este segundo trimestre 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: 2.do. Trimestre vigencia 2025, correspondientes a los meses de: (Abril : 1,18, Mayo : 1,60 y Junio : 2,00), 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.

Adherencia a los cinco momentos de higiene de manos correspondiente al, 2do. Trimestre vigencia 2025, del centro de salud la clarita de, se evalúa 100 %, y se evidencia que cuenta con una adherencia excelente (100%) a los 5 momentos de la higiene de manos, esto evidencia que sus funcionarios realizan alguna técnica de higiene de manos en la atención que prestan a los pacientes y demás actividades asistenciales que tienen a su cargo. A la coordinadora del centro de salud, y por medio de la líder del programa se darán a conocer los hallazgos más presentados en las evaluaciones realizadas por medio de la lista de chequeo, con el fin de una mejora continua en los procesos, además, se realizó capacitación sobre Adherencia a los cinco momentos de higiene de manos.

Porcentaje de participación en la reunión de evaluación por procesos, con un cumplimiento del 100%, donde se evalúan 49 indicadores

Con respecto al Porcentaje de satisfacción del clima laboral, se evidencia que cuenta con una participación de todo el personal. ya que el Porcentaje de participación en las capacitaciones programadas con un cumplimiento del 100%.

CENTRO DE SALUD CORREA GRILLO

Para el segundo trimestre el indicador tiempo de espera para la asignación de citas, se cumple con el indicador ya que está a 1,44 días está dentro del estándar esperado que es a tres días. El indicador de higienización de manos, es un indicador que se evalúa cada tres meses para el trimestre tuvo un cumplimiento del 100%, gracias a las socializaciones realizadas por el personal de seguridad del paciente y la buena adherencia del personal del centro de salud.

El centro de salud ha cumplido al 100% con la programación de las reuniones mensuales del EPM, las realizaciones de las actas, la aprobación y la asistencia de los EPM. Así como en la participación de la reunión de evaluación por procesos y la asistencia de todo el personal a las capacitaciones programadas.

CENTRO DE SALUD PARAÍSO

Para el segundo trimestre de la vigencia el indicador de tiempo promedio de espera para la asignación de la cita de medicina general de primera vez, según lo establecido en la Resolución 256 de 2016, no presentó desviación. durante los meses de abril, mayo y junio se lograron cumplir las metas establecidas, manteniendo los tiempos de espera dentro de los límites permitidos, lo que garantizó una atención oportuna a los usuarios y refleja una mejora sostenida en el comportamiento de este indicador.

el indicador de adherencia a la higiene de manos mantuvo un comportamiento favorable durante todo el segundo trimestre del año, sin presentar desviación alguna,

lo que refleja un buen nivel de cumplimiento de las prácticas de higiene y un compromiso del personal de salud con la prevención de infecciones y la seguridad del paciente.

Se cumplió completamente con la programación de los EPM logrando el 100 % de socialización y participación en los meses de abril, mayo y junio. cada actividad fue soportada con actas, garantizando registro y trazabilidad de lo ejecutado.

Se logró una participación del 100 % en las actividades programadas, reflejando el compromiso del personal. además, se ha realizado de manera periódica la evaluación por procesos, permitiendo identificar mejoras y fortalecer la calidad de los servicios prestados.

Se alcanzó el 100 % de participación en las capacitaciones programadas, reflejando el compromiso del personal con la actualización y mejoramiento continuo. estas jornadas, enfocadas en temas clave para los procesos institucionales, contribuyen a la calidad del servicio, la seguridad del paciente y la cultura de aprendizaje permanente.

CENTRO DE SALUD PILOTO URIBE

Se han venido desarrollando para mantener dentro del estándar los indicadores de oportunidad y garantizar una atención oportuna y organizada a la población usuaria:

1. Distribución anticipada de fichas de atención: Se realiza diariamente una entrega estructurada de fichas, lo que permite manejar el flujo de pacientes de forma ordenada y eficiente. Me permito informar que la actividad relacionada con el fortalecimiento de la adherencia a los cinco momentos del lavado de manos en el Centro de Salud Piloto Uribe se realizó satisfactoriamente durante el mes de abril de 2025.

Para ello, se convocaron un total de 23 personas, de las cuales 22 asistieron, alcanzando así un porcentaje de participación del 95%, cumpliendo con la meta establecida en el plan de acción. Cabe resaltar que la única persona que no logró asistir se retiró por una situación familiar de fuerza mayor, la cual fue informada oportunamente.

Esta jornada hizo parte de las estrategias orientadas al mejoramiento continuo de la seguridad del paciente, y contribuye de manera significativa a la consolidación de una cultura de autocuidado, prevención y calidad en la atención.

- ✓ Reserva operativa controlada: Se destinan de manera fija 10 fichas adicionales como respaldo ante imprevistos, lo cual facilita responder rápidamente ante ausencias o ajustes en la agenda médica.
- ✓ Gestión de sobrecupos médicamente planificada: Se autoriza un número limitado de sobrecupos, garantizando que se amplíe la cobertura de atención sin desbordar la capacidad operativa del servicio.
- ✓ Aprovechamiento de inasistencias: Cuando se presenta la no asistencia de algún usuario, se activa de inmediato el llamado a pacientes que se encuentran en lista de espera o con fichas de reserva, lo que permite dar continuidad al servicio y optimizar el uso de los recursos.
- ✓ Presencia médica diaria: El contar con médico en planta de manera permanente ha permitido asegurar la continuidad del servicio. Se da prioridad a los casos con mayor necesidad clínica y se fortalece el seguimiento de pacientes según su perfil de riesgo.
- ✓ Supervisión activa de la programación: Los profesionales de salud hacen seguimiento constante a sus agendas. En caso de cancelaciones, se procede con la sustitución oportuna del usuario, evitando la pérdida del cupo asignado.

Estas estrategias han sido fundamentales para mantener el indicador de oportunidad dentro de los rangos establecidos, respondiendo con eficiencia a la demanda y garantizando una atención digna, segura y centrada en las necesidades de cada usuario. La tercera actividad EPM, aprobada según lo establecido en la programación, contó con una asistencia del 100%, lo cual se encuentra debidamente evidenciado en las respectivas actas de asistencia. Con respecto a la reunión de evaluación por procesos, esta fue realizada dentro de lo programado con el fin de verificar el cumplimiento del 100% de los indicadores establecidos para el Centro de Salud Piloto Uribe.

Durante esta evaluación se revisaron un total de 50 indicadores, de los cuales 49 se encontraban en cumplimiento, identificando como no cumplido únicamente el indicador relacionado con la captación de sintomáticos respiratorios de riesgo.

A partir de este análisis, se estableció de manera conjunta un plan de mejora, enfocado en fortalecer las estrategias relacionadas con dicho indicador, con el objetivo de garantizar su cumplimiento en los próximos seguimientos y mantener la calidad de los procesos institucionales. Los colaboradores citados asistieron en su totalidad a las capacitaciones programadas, logrando un cumplimiento del 100% de participación.

CENTRO DE SALUD SANTA RITA

Durante el segundo trimestre de la vigencia 2025, el indicador de tiempo promedio de espera para la asignación de la cita de medicina general de primera vez, según lo establecido en la Resolución 256 de 2016, no presentó desviación. Durante los meses de abril, mayo y junio se lograron cumplir las metas establecidas, manteniendo los tiempos de espera dentro de los límites permitidos, lo que garantizó una atención oportuna a los usuarios y refleja una mejora sostenida en el comportamiento de este indicador.

El indicador de adherencia a la higiene de manos mantuvo un comportamiento favorable durante todo el segundo trimestre del año, sin presentar desviación alguna, lo que refleja un buen nivel de cumplimiento de las prácticas de higiene y un compromiso del personal de salud con la prevención de infecciones y la seguridad del paciente.

Se destaca que el centro de salud cumplió en su totalidad con la programación de los espacios de participación institucional (EPM), dando pleno cumplimiento a los lineamientos establecidos. Todos los EPM programados para los meses de abril, mayo y junio fueron debidamente socializados con los integrantes correspondientes, alcanzando una participación y divulgación del 100 %. Este cumplimiento se respalda mediante la elaboración y archivo de las actas de cada encuentro, lo que garantiza la trazabilidad, el registro y la evidencia de las acciones realizadas durante todo el segundo trimestre.

Se ha logrado una participación del 100 % en las actividades programadas, reflejando un alto compromiso por parte del personal involucrado. Además, se viene realizando de manera consistente la evaluación por procesos cada dos meses, lo cual permite monitorear y valorar de forma sistemática el cumplimiento de los objetivos, identificar oportunidades de mejora y fortalecer los procedimientos internos. Estas evaluaciones son fundamentales para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud, la eficiencia en los procesos institucionales y la toma de decisiones basada en evidencia.

Se cuenta con el 100 % de participación en las capacitaciones programadas en el centro de salud, esta alta asistencia evidencia el compromiso del personal de salud con el fortalecimiento de sus competencias y el mejoramiento continuo de la calidad en la atención. las capacitaciones han sido planificadas de acuerdo con las necesidades identificadas en los diferentes procesos, abordando temas relevantes para la actualización del conocimiento y el cumplimiento de los estándares institucionales y normativos. la participación activa en estas jornadas contribuye directamente a la seguridad del paciente, a la eficiencia de los servicios prestados y a la consolidación de una cultura de calidad y aprendizaje continuo en la institución.

UNIDAD INTERMEDIA DEL SUR

Se realizó seguimiento periódico al proceso de asignación de citas en la Unidad Intermedia del Sur, identificando que durante el segundo trimestre del 2025 este indicador se presentó dentro de parámetros normales es decir a menos de tres días. Durante este trimestre desde el área de seguridad del paciente se realizó capacitación a los funcionarios sobre los cinco momentos de la higiene de manos y la manera correcta del lavado de manos, en cada uno de los EPM se le refuerza al personal sobre el tema. De manera mensual se realiza la reunión de EPM en la Unidad Intermedia del sur, los días 25 de abril, 23 de mayo y 26 de junio, con asistencia a la misma de todos los convocados quienes de manera oportuna aprobaron el acta de la reunión. Se participa en la reunión de evaluación por procesos, en esta reunión se analizan los indicadores desviados, así como también el plan de mejora establecido para el mejoramiento de los mismos. De manera mensual se hace capacitación al personal de la UIS, en los diferentes temas que desde la DTA se programan, en este trimestre los días de capacitación fueron los mismos días en que se realizó el EPM, es decir el día 25 de abril, el día 23 de mayo y el día 26 de junio.

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

Se analizaron 66 historias clínicas para la medición de adherencia a las GPC priorizadas: Hipertensión y Diabetes Mellitus, con una adherencia del 96% para la GPC de Hipertensión y 95% de adherencia a la GPC de Diabetes Mellitus, para un promedio general del 95.5%.

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 segundo trimestre 2025 de 1.2 días, estando por debajo de meta propuesta (3 días)

Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS


Durante el segundo trimestre se aplicaron 622 encuestas, cumpliendo con la meta programada para el período. Se realizó tabulación y análisis de los datos obtenidos y se socializó informe en Comité de Atención Centrada en el Usuario programado para el 08 de julio de 2025, obteniendo un resultado del 97%

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025													
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Meta anual		PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE		
						Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	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%	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%	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%	25%	25%	25%
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%	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%	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%	25%	25%	25%

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	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%	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%	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%	25%	25%	25%
12	Realizar auditoria 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 tecnico "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 segun muestreo establecido en el comite de historias clínicas. *100	100%	Auditoría médica y de enfermería	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	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 auditoria 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%	25%	25%	25%
14	Realizar auditoria a las historias clínicas de la Ruta Integral Materno Perinatal según muestreo estadístico definido en el Comité de Historias Clínicas	Porcentaje de adherencia a la Ruta Materno Perinatal, según Resolución 3280 del 2018.	No. de historias clínicas adheridas a la Ruta Materno Perinatal, según Resolución 3280 del 2018 / Total de historias clínicas auditadas según muestreo establecido en el Comité de Historias Clínicas *100	100%	Auditoría médica y de enfermería	Porcentaje	100%	25%	22%	22%	25%	25%	25%
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%	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%	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%	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%	25%	25%	25%

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%
19	Realizar auditoría de adherencia a las GPC prioritizadas	Porcentaje de adherencia a las GPC prioritizadas y auditadas	No. de historias clínicas adherentes a las GPC / Total de HC auditadas*100	100%	Auditoría Médica	Porcentaje	100%	25%	24%	24%	25%	25%	25%
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%	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%	25%	25%	25%

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

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

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

LÍNEA ESTRATÉGICA 2

Innovación, inversión y sostenibilidad institucional.

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

Con el fin de optimizar los recursos de la operación institucional para contribuir al

equilibrio financiero y la sostenibilidad en el tiempo, así como la modernización de la infraestructura tecnológica para una adecuada prestación de los servicios de salud, se definieron dos (2) componentes:

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

Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
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 presentó en el comité de gerencia el 19 de junio el avance en la radicación de proyectos. Proyecto Unidad Móvil - Radicado. Proyecto de la SAE Radicado, Proyectos de Adecuaciones Menores de El Caimo, Correa Grillo, La Clarita, Piloto Uribe, Santa Rita. Todos en estado radicado.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%
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%	25%	25%	25%

Para el segundo 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 \$ \$20.419 millones de pesos, los compromisos \$ 26.852 millones de pesos, de los compromisos totales se tiene obligado al 30 de junio \$19.623 millones de pesos. De los cuales se realizaron pagos por valor de \$17.380 millones de pesos y cuentas por pagar presupuestales por valor de \$9.472 millones de pesos."

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

El II trimestre de 2025, comprendido entre el 1 de abril y el 30 de junio, ha mostrado un incremento en la generación de facturas. Se emitieron un total de 9,052 facturas EVENTO, lo que representa un aumento del 11.6% en comparación con el primer trimestre de 2025. En cuanto a la radicación, de las 9,052 facturas generadas, 9,002 fueron radicadas exitosamente, alcanzando un cumplimiento del 99.4%. Es fundamental destacar que el inicio de la implementación de RIPS.JSON a partir del 1 de abril de 2025 ha tenido un cambio significativo. Esta transición conllevó a ajustes en el proceso de cargue y radicación, así como un período de acoplamiento a los nuevos requerimientos normativos establecidos en la Resolución 2335 de 2023.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%
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%	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%	25%	24%	24%

Logrando así el 99% de lo programado en el segundo trimestre en el componente de Red Salud sostenible y eficiente, lo anterior debido al cumplimiento parcial en la radicación oportuna de los servicios prestados por evento.

 Red Salud Armenia <small>RSU</small> PE CUIDAR DE TODOS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2025		
LÍNEA	COMPONENTE POA	2do TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
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	2,47%	2,50%

La línea Innovación, inversión y sostenibilidad institucional cumplió con el 99% de lo programado en el segundo 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 auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud	No. de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias 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 ítems relacionados con los derechos a recibir / No. de respuestas obtenidas en el grupo 1 de derechos* 100	76%

Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad

Para el segundo trimestre de 2025 no se tenían actividades programadas, a partir del mes de junio se dio inicio a la ejecución del 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 según programación correspondiente al trimestre y al plan de capacitaciones para la vigencia 2025. La escuela de humanización se encuentra programada para el mes de Julio en dos jornadas para facilitar la asistencia de los funcionarios de la entidad. Se realizó en el segundo trimestre del año el segundo comité de sistemas integrados de gestión del riesgo contando con Quorum para su realización y cumpliendo a cabalidad con la programación del comité. Con el fin de avanzar en el fortalecimiento de la implementación del eje de responsabilidad social, se tienen priorizadas 18 iniciativas para ser cumplidas en toda la vigencia 2025, las iniciativas del segundo trimestre son: iniciativa nutrición para las madres gestantes, aprovechamiento y uso eficiente del agua, cultura de uso eficiente de papel, política cero papeles, jornadas educativas en el marco del calendario ambiental y salud, bienestar físico y mental para nuestro personal. Para el segundo trimestre del año 2025 se programaron 11 auditorías y se realizaron las 11 auditorías a los procesos de (humanización, orden, aseo, limpieza y desinfección, PROA, Transformación cultural, auditoria a comités institucionales, seguridad del paciente, cuidado oral, rayos X odontológicos, laboratorio clínico, IAAS, Emergencias y Desastres,) En el segundo trimestre del año se dio cumplimiento al reporte de los indicadores a las diferentes entidades, los reportes realizados fueron dando cumplimiento a las Resoluciones 1552, 2335, 1604 y 056.

Durante el segundo trimestre del 2025 se llevan a cabo adquisición de repuestos por medio del contrato de suministro, en el cual se sostiene la tecnología de la institución totalmente funcional. No se realiza ninguna adquisición por falta de presupuesto institucional.

Así mismo se han socializado diferentes iniciativas ambientales al cliente interno y externo entre las que se incluyen: 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, recolección de aceite de cocina usado, celebración del día mundial del medio ambiente, día de la tierra, día nacional del árbol, día mundial del reciclaje y día mundial de la bicicleta.

Porcentaje de PQRSD con respuesta antes de 15 días

Se direccionaron y gestionaron 361 PQRSD durante el segundo 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 08 de julio 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 II trimestre de 2025, se socializó 1024 personas y los resultados serán presentados en el comité de atención centrada en el usuario y familia el día 08 de julio de 2025.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%
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 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 a capacitaciones	No. de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas * 100	100%	Referente Seguridad del Paciente	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
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%				50%	50%	50%
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%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
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%				50%	50%	50%
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%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
33	Realizar auditoria interna de los procesos definidos priorizados	Porcentaje de cumplimiento al cronograma auditoria	No. de auditorias realizadas / Total de auditorias programadas*100	100%	Referente Auditoria de Procesos	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
34	Dar cumplimiento a los reportes de los indicadores obligatorios asignados al proceso	Porcentaje de cumplimiento de reportes de indicadores	No. de reportes de indicadores realizados / Total de reportes programados*100	100%	Referente del Sistema de Información para la Calidad	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
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%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
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%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
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%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
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%	25%	25%	25%	25%	25%	25%

Para el segundo 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 ítem adherentes al PGIRASA / Total de ítem 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 período.*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 segundo 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 julio de 2025.

Seguimiento a la ejecución del plan de mantenimiento hospitalario

Para el segundo Trimestre 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 capacitaron y se evaluaron 17 colaboradores se obtuvo una adherencia del 98%, donde se evidenció que los conocimientos obtenidos respecto al proceso de uso y reúso son más claros con respecto a la correcta aplicación del procedimiento y protocolo establecido por la ESE para el manejo de dispositivos odontológicos. Se aplicaron 12 listas de chequeo en cada Centro de salud y en la Unidad Intermedia del Sur, donde se obtuvo una adherencia del 99%.

Proporción de gestantes con tamización para sífilis

Para el II trimestre del año 2025, se tenían activas 329 gestantes. De estos, 56 se encuentran en el primer trimestre, 174 en el segundo trimestre y 99 en el tercer trimestre. Se revisó el tamizaje realizado para sífilis, 297 pacientes cumplen con los

criterios establecidos para la edad gestacional, el trimestre de gestación y la fecha de tamización. Quedan pendientes de 32 pacientes, de los cuales 26 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, se realiza seguimiento diario de inasistencias a laboratorio clínico.

Para el II trimestre del año, se presentaron 13 casos de sífilis gestacional, de las cuales 12 recibieron tratamiento oportuno, 1 no realizó tratamiento por negligencia, ya se ha notificado a todos los entes de control todas tienen soporte de notas registradas en historia clínica y base de seguimiento. Se realizó trabajo articulado con el laboratorio clínico, epidemiología y el servicio de urgencias 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

Durante el segundo trimestre del año la ESE contaba con un total de 1338 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 en cuanto a las dosis efectivamente aplicadas.

Porcentaje de control de calidad interno del laboratorio clínico satisfactorio

Se realizó revisión, seguimiento y análisis diario del control de calidad Interno evaluando 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 del 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.

De igual forma se tiene establecido y documentado cada una de las acciones de intervención en caso de cualquier falla en el desempeño del control de calidad interno, en MI-PS-PG-006 Programa Calidad laboratorio Clínico.

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

Para el II trimestre del 2025, se realiza auditoria a 20 historias clínicas de atenciones de violencia de género descritas como modalidad sexual y además se auditan 58 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 92% 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 96% 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			SEGUNDO TRIMESTRE		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%
39	Aplicar las listas de chequeo de la medición de la adherencia al PGRASA según el cronograma establecido aprobado por el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria	Porcentaje de listas de chequeo aplicadas en el periodo evaluado	No. de listas de chequeo aplicadas / Total de listas de chequeo programadas a aplicar.*100	100%	Referente Gestión Ambiental	Porcentaje	100%	25%	25%	25%	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 periodo 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%	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%	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%	25%	25%	25%
43	Aplicar listas de chequeo para verificar adherencia al procedimiento	Cumplimiento al cronograma 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%	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%	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%	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%	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%	25%	25%	25%

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%
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%	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%	25%	25%	25%

Para el segundo 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 contrarreferencia *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 para el segundo trimestre.

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

Durante el segundo trimestre del año se llevaron a cabo diversas actividades orientadas al fortalecimiento institucional, seguimiento de planes estratégicos y mejora de procesos, en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). A continuación, se detallan las acciones más relevantes.

- 1. Comité Institucional de Gestión y Desempeño
- 2. Mesas de trabajo con Talento Humano, Planeación.

Se realizaron mesas de trabajo enfocadas en los componentes estratégicos:

- ✓ Gobierno Digital
- ✓ Servicio al Ciudadano
- ✓ Participación Ciudadana
- ✓ Racionalización de Trámites
- ✓ Defensa Jurídica
- ✓ Gestión del conocimiento y la innovación.

Seguimiento a la ejecución del plan anual de adquisiciones

El plan anual de adquisiciones, se publicó el 31 de enero del 2025, se realiza seguimiento con el área presupuestal y de contratación. Se encuentra en actualización el plan para ser publicado en el mes de julio.

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 segundo trimestre se relacionan los contratos así:

Prestación de servicios	68
Outsourcing	2
Compraventa	3
Suministro	2
Arrendamiento	1
Consultoría	2
Total	78

Porcentaje de cumplimiento a las auditorías internas de gestión

Las auditorías internas de gestión realizadas en el segundo trimestre:
Gestión Jurídica: contratación
Gestión Jurídica: seguimiento a las funciones del comité de conciliación, Acciones de

repetición y Llamamientos en garantía. Sin hallazgos solo recomendaciones.

Direccionamiento y Gerencia: SARLAFT Y SICOF

Evaluación Semestral por parte de Control Interno de acuerdo a la Circular Externa 202117000000055 y Circular 009 de 2016 de la Supersalud, sin hallazgos solo recomendaciones.

Porcentaje de seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública

27

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 surtir dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de mayo.

Para el primer cuatrimestre cada uno de los componentes del mismo tuvo el siguiente cumplimiento:

- ✓ Medidas de debida diligencia 77.66%
- ✓ Prevención, gestión y administración de riesgos de lavado de activos, financiación de terrorismo y proliferación de armas 87.5%
- ✓ Prevención, gestión y administración del riesgo de corrupción 100%
- ✓ Redes institucionales para el fortalecimiento de la prevención de actos de corrupción, transparencia y legalidad 83.33%
- ✓ Transparencia, participación y acceso a la información 75%
- ✓ Rendición de cuentas 100%
- ✓ Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano 90.9%
- ✓ Mecanismos racionalización de trámites 57.14%

Porcentaje de cumplimiento del Plan institucional de archivos PINAR

Con respecto al cumplimiento del plan para el segundo trimestre se cuenta con:

1. Acciones más exitosas: Promover la cultura archivística (Total: 17) y Gestionar contratación de personal (Total: 14) son los ejes mejor trabajados, con promedios trimestrales altos y sostenidos.

2. Acciones con bajo cumplimiento: Gestionar infraestructura adecuada presenta el cumplimiento más bajo (Total: 6), con muy poco progreso entre trimestres. Este punto requiere asignación presupuestal y planificación operativa.

3. Evolución entre trimestres: Hay mejoras generales en todos los objetivos en el segundo trimestre especialmente en mobiliario y mantenimiento. Los aspectos más críticos son la infraestructura, el presupuesto, la falta de personal titulado en archivo y la falta de personal para la adecuada limpieza de los archivos.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%
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%	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%	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%	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 programas 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%	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%				33,3%	33,3%	33,3%
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%	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%	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%				33,3%	33,3%	33,3%
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%				50%	50%	50%

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

		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2025	
LÍNEA	COMPONENTE POA	2do TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
3. Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua.	Acreditación somos todos	2,50%	2,50%
	Comprometidos con una atención segura	2,26%	2,50%
	Gestión del desarrollo organizacional	3,00%	3,00%

La línea estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la Mejora continua cumplió con el 97% 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 realiza seguimiento al plan y se presenta lo realizado en el segundo trimestre de la vigencia:

1. Mantenimiento preventivo de computadores
2. Mantenimiento preventivo de las UPS
3. Actualización página web
4. Socializar evidencias de cumplimiento de las actividades de la matriz de riesgos de sistemas
5. Mantenimiento preventivo de computadores
6. Realizar EPM de sistemas de información

Con un cumplimiento para el primer semestre del 95% de las actividades programadas cumpliendo con 21 de las 22 actividades programadas.

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

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 segundo trimestre:

- ✓ 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 $32/32 = 100\%$
- ✓ 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


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 87.5% de lo programado en el trimestre.

Cumplimiento al Plan Estratégico de Comunicaciones

Se ha cumplido de forma satisfactoria con las actividades programadas correspondientes al segundo trimestre, donde en el mes de abril fueron socializadas 96 publicaciones, en mayo se realizaron 47 y en junio fueron publicadas 85 piezas dándole cumplimiento al 100% de las actividades programadas.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%
60	Construir el Plan 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%	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%	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%	25%	25%	25%
66	Diseñar el plan de accion del Plan Estratégico de Comunicaciones PECOS para la ESE	Plan de accion del plan estratégico de comunicaciones diseñado	Plan de accion del plan estratégico de comunicaciones diseñado (1)	100%	Profesional Comunicaciones	Porcentaje	100%	100%	100%	100%			
67	Presentar el plan de accion del plan Estratégico de Comunicaciones a la alta dirección para su aprobación	Plan de acción del plan estratégico de comunicaciones aprobado	Plan de accion del plan estratégico de comunicaciones aprobado (1)	100%	Profesional Comunicaciones	Porcentaje	100%	100%	100%	100%			
68	Ejecutar el plan de accion del plan Estrategico 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%	25%	25%	25%

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

 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2025			
LÍNEA	COMPONENTE POA	2do TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
4. Sistema de información y herramientas de integración	Enlazate con la red	2,00%	2,00%

La línea estratégica Sistemas de información y herramientas de integración cumplió con el 100% de lo programado en el segundo 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 segundo trimestre se tiene un porcentaje de 71% del 100 % programado puesto que se cumplen 5 de los 7 requisitos de la Resolución 3409 - los criterios acreditación y grupos de investigación reconocidos nacionalmente y vinculados a Colciencias

continúan pendientes, pero se sigue trabajando en pro de lograr cumplir este último desde el área de investigación. El requisito de ser una institución acreditada depende del concurso de múltiples actores.

Se realizó el plan de mejora del proceso de convenios durante el segundo trimestre, y se trabaja en su ejecución.


Dando cumplimiento al plan de trabajo se desarrollan acciones para llevar a cabo lo establecido en el plan de mejora

Porcentaje de evaluación al cumplimiento de la reglamentación de convenios

Durante el segundo trimestre se tenían programados realizar un CODA de inicio y uno de finalización por cada institución y programa en convenio. Se realizó el 100% de las CODAS programados

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%
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					33,3%	33,3%	33,3%
72	Comité Docencia Servicios con las IES	CODAS de inicio y finalización por período académico con cada IES	No.CODAS celebrados por período académico con las IES/No. CODAS programados por período académico con las IES *100	100%	Coordinadora Convenios Docencia Servicio	Porcentaje		25%	25%	25%	25%	25%	25%

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

		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2025	
LÍNEA	COMPONENTE POA	2do TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
5. Hospital competente e innovador en practicas formativas e investigación académica	Fortalecimiento de la ESE como centro de formación académica	2,00%	2,00%

La línea estratégica Hospital competente e innovador en prácticas formativas e investigación académica cumplió con el 1000% de lo programado en el segundo trimestre.

LÍNEA ESTRATÉGICA 6

Investigación en salud, aportando conocimiento

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

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

1. Red Salud reconocida como centro de investigación


Lineas del Plan de Desarrollo	Objetivo	Componente POA	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Meta
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 profesional responsable de investigación, presento los avance en la gestión de estudios en salud donde se mantienen los cuatro ejes del trabajo del Centro de Investigaciones: dos Investigaciones Observacionales con la Universidad del Quindío y la CUE Alexander Von Humboldt, cumplimiento de manejo de la información, creando el correo oficial para el centro ceis@redsaludarmerenia.gov.co, establecimiento de nuevos convenios con la Universidad del Quindío para el cumplimiento de la Buenas Prácticas Clínicas en cuanto al manejo de la información, participación de la institución el ecosistemas de investigación, para esto la ESE, entra a hacer parte como aliado estratégico, para la formulación de Cannabis Medicinal, para lo cual ya se comenzó la capacitación de 10 médicos con el Colegio de Médicos de Colombia.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%
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%	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%	25%	25%	25%

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

		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2025	
LÍNEA	COMPONENTE POA	2do TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
6. Investigación en salud, aportando conocimiento	Red reconocida como centro de investigación	2,00%	2,00%

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

LÍNEA ESTRATÉGICA 7

El capital humano, nuestra prioridad.

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

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

1. Apostándole al cliente interno.

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 segundo trimestre se dio cumplimiento al Plan de capacitaciones con un total de 42 correspondientes a Emergencias, Epidemiología, sistemas, SST, vacunación, Humanización, Gestión Ambiental, Laboratorio, Odontología, Transformación cultural,

Urgencias, Enfermería.

En el Plan de Bienestar e incentivos Para el II trimestre se concedió los incentivos por día de cumpleaños a (32) funcionarios, días especiales, como el día de la secretaria, una actividad recreativa, día de la enfermera como actividad recreativa y capacitación así mismo se da bono de incentivo. Auxilios educativos (17)

Auxilios de anteojos (7)

Auxilios odontológicos (2).

Auxilio de Maternidad (1)

Cumpliendo así con el 100% de las actividades programadas en el II trimestre del 2025

El 100% del personal de planta actualizó la declaración de bienes y rentas, dando cumplimiento a esta actividad.

Durante el segundo trimestre de 2025, se dio cumplimiento al Plan Anual de Trabajo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST):

- Socialización de Política y Plan de Trabajo SG-SST
- Auditoría Interna SG-SST
- Divulgación de Políticas, Responsabilidades y Reglamento Mediante la Circular N.º 4 se comunicaron las responsabilidades de los colaboradores.
- Actualización de la Matriz de Peligros.
- Semana de la Seguridad y Salud en el Trabajo Se desarrollaron actividades de promoción y prevención en todos los centros de salud y en la Unidad Intermedia de Salud (UIS). Seguimiento a Planes de Mejoramiento.
- Entrega de Elementos de Protección Personal
- Seguimiento a Control de Riesgos Con base en la priorización realizada según la GTC 45 Capacitación en Pausas Activas estas se ejecutan de forma regular tanto en la UIS como en los centros de salud.
- Reuniones COPASST Se realizan reuniones mensuales con registro de actas en el sistema Torresoft.
- Inducción y Reinducción SG-SST.
- Inspecciones de Seguridad Se realizaron tres inspecciones de seguridad en: UIS Urgencias, Centro de Salud Correa Grillo y Centro de Salud La Clarita.
- Capacitación en Prevención de Riesgo Biológico y Corto punzantes Se desarrollaron capacitaciones en los EPM bajo coordinación del área de Urgencias. Actualmente se encuentran en fase evaluativa.
- Inspección de Uso y Adherencia a EPP Se realizan periódicamente para fomentar la adherencia al Manual de Bioseguridad.
- Capacitación: Clima Laboral, Prevención del Acoso, Trabajo en Equipo y Comunicación Asertiva. Capacitaciones mensuales ejecutadas en diversas sedes y áreas.
- Estilos de Vida Saludable y Riesgo Cardiovascular Capacitaciones mensuales, complementadas con pausas activas.
- Base de Datos: Incapacidades, Ausentismo y Accidentes de Trabajo Se elaboraron informes del primer y segundo trimestre, los cuales fueron socializados y entregados al área de Talento Humano.
- Campañas de Orden y Aseo Se realizaron campañas mensuales en todas las áreas y centros de salud.
- Capacitación en Riesgo Público Realizada durante la Semana de la Salud, dirigida tanto a usuarios como a funcionarios. Capacitación: Riesgo Químico Se efectuaron tres capacitaciones.
- Atención a Población Diversa (Discapacidad, LGBTQ+, Equidad de Género) El tema fue abordado de forma incluyente durante la Semana de la Salud.

- Mediciones Ambientales Se solicitó la medición de ruido en el Centro de Salud La Clarita, con base en un reporte sobre el sonido generado por el compresor del área de odontología. Programa de Protección Visual – PYP Se realizó la visiometría al 97.5 % del personal de planta.

Durante el segundo trimestre de 2025, se avanzó significativamente en el cumplimiento del Plan Anual de Trabajo del SG-SST, evidenciando el compromiso institucional con la promoción de entornos laborales seguros, saludables e incluyentes. Las actividades ejecutadas y los seguimientos realizados reflejan una gestión orientada a la mejora continua, el cumplimiento normativo y el fortalecimiento de la cultura de la seguridad en todos los niveles de la organización. Se continuará con el desarrollo de las acciones programadas para el tercer trimestre, garantizando la sostenibilidad del sistema y su alineación con los objetivos estratégicos institucionales.


Resultado obtenido en la autoevaluación de Hospital seguro

Durante el trimestre para dar cumplimiento a lo programado se realizó simulacro de evacuacion parcial por incendio previo al simulacro, se elaboró un guión con el fin de asignar responsabilidades a los integrantes de la brigada de emergencia. Así mismo, la brigada fue preparada mediante prácticas de manejo de extintores y se realizó la socialización del simulacro tanto a usuarios como a funcionarios de la entidad, obteniendo resultados positivos.

Para dar cumplimiento al cronograma de capacitaciones en emergencias y desastres se realizó Capacitacion de Misión Médica y reportes a la Misión Médica, Capacitación del PHGRED los temas fueron: Triage estructural, punto de encuentro, cadenas de llamado, tipos de emergencia, manejo de botiquín y extintores.Capacitacion a la brigada de emergencia, los temas fueron: traslado de paciente en camilla y manejo de extintores.

SEGUIMIENTO A PLAN DE ACCIÓN 2025						Meta anual		PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE		
No.	Actividades del Plan de Acción	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Persona Responsable	Unidad de Medida	Cantidad	PROG	REAL	%	PROG	REAL	%
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%	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%	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 bienes y rentas)	No. De declaraciones de bienes y rentas actualizadas /No. De funcionarios inscritos en la planta de empleo*100	100%	Coordinadora Talento Humano	Porcentaje	100%				100%	100%	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%	25%	25%	25%
80	Ejecutar el cronograma de simulacros de emergencias y desastres	porcentaje de cumplimiento cronograma de simulacros de emergencias y desastres	No. De simulacros de emergencias y desastres realizados / No. De simulacros de emergencias programados * 100	100%	Líder de Emergencias	Porcentaje					25%	25%	25%
81	Ejecutar el cronograma de capacitaciones en emergencias y desastres	Porcentaje de cobertura de capacitaciones en emergencias y 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%	25%	25%	25%

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

	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2025		
LÍNEA	COMPONENTE POA	2do TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
7. El capital humano nuestra prioridad.	Apostándole al cliente interno.	4,00%	4,00%


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

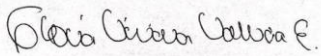
Con respecto al plan de acción se cumplió con el 99% de lo programado en el segundo trimestre.

En conclusión, Para el segundo trimestre del año 2025, se obtuvo un cumplimiento de 25.18%, frente a un programado de 25.25%, con una diferencia porcentual negativa de -0.07%

Con un acumulado para la vigencia de 52.06% esto debido a que 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 y la línea estratégica 2 2. Innovación, inversión y sostenibilidad institucional Componente POA Red Salud sostenible y eficiente, lo anterior debido al cumplimiento parcial en la radicación oportuna de los servicios prestados por evento.

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

	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2025		
LÍNEA	COMPONENTE POA	2do TRIMESTRE	
		EJECUTADO	PROGRAMADO
1.Prestación de servicios de salud enfocados en la gestión del riesgo	Fortalecimiento de la contratación de los servicios de salud	1,00%	1,00%
	Fortalecer el modelo de atención en gestión del riesgo en salud	2,50%	2,50%
2. Innovación, inversión y sostenibilidad institucional	Modernización de la infraestructura y estructura tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios	1,25%	1,25%
	Red Salud sostenible y eficiente	2,47%	2,50%
3. Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y	Acreditación somos todos	2,50%	2,50%
	Comprometidos con una atención segura	2,26%	2,50%
	Gestión del desarrollo organizacional	3,00%	3,00%
4. Sistema de información y herramientas de integración	Enlazate con la red	2,00%	2,00%
5. Hospital competente e innovador en prácticas formativas e investigación académica	Fortalecimiento de la ESE como centro de formación académica	2,00%	2,00%
6. Investigación en salud, aportando conocimiento	Red Salud reconocida como centro de investigación	2,00%	2,00%
7. El capital humano nuestra prioridad.	Apostándole al cliente interno.	4,00%	4,00%
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2025			25,18%
DIFERENCIA PORCENTUAL		-0,08%	
ACUMULADO			52,06%



GLORIA VIVIANA VALENCIA E
PU PLANEACIÓN