

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 1 de 40

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.
PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2024-2027
INFORME DE SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE 2025



LEONOR MILENA BAMBAGÜÉ MENESES
JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION

2025

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5 NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 2 de 40

INTRODUCCIÓN

La Ley 1438 de 2011 define los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

El Plan de Gestión que debe ser ejecutado por el Gerente o Director de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial debe contener entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social.

El Decreto 357 de 2008, la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y Resolución 408 de 2018, Resolución 1097/2018: adoptan las condiciones y

metodología para la elaboración y ejecución del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la Junta Directiva de la E.S.E.

El Plan de Gestión del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., se constituye en el documento que refleja los compromisos que el Gerente establece ante la Junta Directiva de la entidad, los cuales contienen, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera, Administrativa y Clínica o asistencial, que sin ir en contravía de la planeación general de la institución, se constituye en un documento independiente, cuyo cumplimiento se mide a través de los indicadores definidos en la normatividad que para tal fin establece el Ministerio de Salud y Protección Social.

Mediante Acuerdo No. 06 del 31 de mayo de 2024, la Junta Directiva del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E. aprueba el plan de gestión 2024 – 2027.

OBJETIVO

Realizar seguimiento durante el primer semestre de 2025, al comportamiento de los resultados de los indicadores establecidos en la Resolución 408/2028 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, que miden el desempeño Gerencial en el cumplimiento del Plan de Gestión 2024-2027, haciendo un comparativo frente al cumplimiento de las metas.

INDICADORES

ÁREA DE GESTIÓN	TOTAL DE INDICADORES	%	
Direccionamiento o estratégico	3	20	
Financiera y Administrativa	6	40	
Clínico o Asistencial	9	40	
TOTAL, INDICADORES A EVALUAR	18	100	



FACTORES PARA SEGUIMIENTO

AREA DE GESTION	INDICADOR	META
Direccionamiento estratégico	Indicador 1: Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Acreditación en la vigencia evaluada
	Indicador 2: Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	≥0.90
	Indicador 3: Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥ 0.90
	Indicador 5: Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida	<0.90

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5 NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 4 de 40

Financiera y Administrativa	Indicador 7: Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	Cero (0) o variación negativa
	Indicador 8: Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS	4
	Indicador 9: Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	≥1
	Indicador 10: Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento Dentro de los términos previstos
	Indicador 11: Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del sector salud y protección social o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente
Clínico o Asistencial	Indicador 12: Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	≥ 0.80
	Indicador 13: Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	≥ 0.80
	Indicador 14: Oportunidad en la realización de apendicectomía.	≥ 0.90
	Indicador 15: Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Cero (0) o variación negativa
	Indicador 16: Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).	≥ 0.90
	Indicador 17: Análisis de mortalidad Intrahospitalaria.	≥ 0.90
	Indicador 18: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	≤ 5 días
	Indicador 19: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	≤ 8 días
	Indicador 20: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	≤15 días

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5 NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 5 de 40

AREA DE GESTION DIRECCION Y GERENCIA:

La Área de Gestión, Dirección y Gerencia está contemplada como una de las áreas obligatorias que deben implementar todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), sin importar su complejidad o naturaleza jurídica.



Se orientada a garantizar que la organización cuente con una estructura de gobernanza y dirección estratégica que asegure el cumplimiento de su misión, visión y objetivos, a través del ejercicio efectivo del liderazgo, la planificación, el control y la mejora continua.

Los indicadores de gestión en el área de Dirección y Gerencia son fundamentales porque:

- Permiten evaluar el desempeño institucional.
- Facilitan la toma de decisiones informadas.
- Fortalecen la rendición de cuentas.
- Impulsan la mejora continua.
- Aseguran la sostenibilidad institucional.

Monitorear aspectos como la eficiencia en el uso de recursos, la satisfacción del talento humano o el logro de metas estratégicas, es clave para garantizar la viabilidad y continuidad de la IPS.

Los indicadores para seguir son los siguientes:

N.º	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	(Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior) x 100	Postulación para acreditación	1,12 Acreditación condicionada	0.83
Responsable:		Edilsa Yasmin Rosero			
Líder de proceso:		Gestión de Calidad			

Este indicador mide el grado de avance en los procesos de mejoramiento continuo de la calidad en salud en entidades no acreditadas, teniendo como insumo principal la autoevaluación realizada en la vigencia anterior versus la autoevaluación de la vigencia. Su propósito es verificar si las instituciones avanzan en el cierre de brechas y en la consolidación de prácticas que fortalezcan la gestión y los resultados en salud

Para la vigencia 2025, el comportamiento del indicador a cierre del año es:

Resultado del indicador a 2025		
Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada	3,2	Resultado: 0.83
Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	3,84	

Este indicador presenta un resultado en la vigencia 2025 de 0,83 frente al 1,12 obtenido en la vigencia 2024, evidenciando una variación negativa de -0,29, lo que refleja un retroceso en el grado de avance hacia la consolidación de prácticas de calidad, y a su vez, un retroceso en el cierre de brechas previamente identificadas.

La disminución en el resultado puede explicarse por factores relacionados con la metodología de autoevaluación y el contexto institucional.

En la vigencia 2024, la autoevaluación fue desarrollada en el marco de la preparación para la visita de certificación de acreditación por parte de ICONTEC, lo que generó una sobreestimación del punto de partida debido al énfasis en resaltar los logros institucionales. En contraste, durante 2025, los Equipos de Autoevaluación conformados bajo la Resolución 0470 de 2024, aplicaron el Manual Ambulatorio 3.1, bajo criterios más estandarizados, críticos y ajustados a la realidad de los procesos, lo cual generó un resultado más bajo, pero más objetivo.

El ejercicio de autoevaluación de 2025 permitió identificar 191 oportunidades de mejora, de las cuales 68 fueron priorizadas e incluidas en planes de acción, los cuales constituyen la base del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) vigente. Este abordaje más riguroso, garantiza que el descenso del indicador no sea interpretado como falta de compromiso, sino como un ajuste metodológico hacia la transparencia y realismo en la valoración institucional.

Es importante resaltar que, aunque el valor del indicador disminuyó, el resultado se convierte en una oportunidad de aprendizaje para fortalecer la trazabilidad de los planes de mejora, robustecer los mecanismos de seguimiento, y asegurar la retroalimentación oportuna hacia los equipos responsables.

En este sentido, el reto institucional consiste en consolidar un monitoreo más riguroso y sistemático de los planes de acción, garantizar la articulación entre áreas, sostener las mejoras implementadas, reforzar la cultura de calidad y de autoevaluación objetiva, alejándose de la tendencia a sobrevalorar resultados.

Finalmente, el indicador de 0,83 frente al 1,12 del año anterior, debe asumirse como un llamado a la acción estratégica, orientado a recuperar la senda ascendente y asegurar que la gestión de la calidad se mantenga consistente, efectiva y sostenible en el tiempo.

Nº	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/	$\geq 0,90$	941	

	de la calidad de la atención en salud.	Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.		949	
		Resultado		0,99	N.A
Responsable:		Edilsa Yasmin Rosero			
Proceso:		Gestión de Calidad			

La medición de este indicador se realiza de manera anual, con base en los periodos establecidos para el reporte acorde al Anexo técnico ST002 de Supersalud, cuya fecha límite es el 28 de febrero de cada anualidad, en concordancia con la ruta crítica del PAMEC establecida por la entidad en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (vigencia 2025, código ACA-PGR02).

El anexo técnico ST002 Supersalud determina:

ARCHIVO TIPO: ST002 – Aplicación del PAMEC

INFORMACIÓN SOLICITADA: Información debe contener el consolidado de la aplicación de la Ruta Crítica del PAMEC

ENTIDAD A LA QUE LE APLICA: Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) públicas, privadas y mixtas de los grupos B, C1, C2, D1 y D2 que no se encuentren en proceso de liquidación.

PERIODICIDAD DE REPORTE:

<u>Tipo de entidad</u>	<u>Periodicidad</u>	<u>Fecha de corte</u>	<u>Fecha de reporte</u>
<u>Instituciones Prestadores de Salud públicas, privadas y mixtas los grupos B, C1, C2, D1 y D2 no se encuentren en liquidación.</u>	Anual	Diciembre 31	Febrero 28

Fuente: Supersalud

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación/	≥ 0,90	55	51
		No. de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de la evaluación		62	56
		Resultado		0,88	0,91
Responsable:		Leonor Milena Bambagüé Meneses			
Líder de proceso:		Jefe Oficina Asesora de Planeación			

El indicador de Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional permite medir el nivel de cumplimiento de las metas programadas en el Plan de Acción Institucional (PAI), reflejando así la capacidad de la institución para materializar lo planeado en cada vigencia. Su importancia radica en que brinda información objetiva sobre la eficacia en la gestión, identifica brechas entre lo proyectado y lo alcanzado, y orienta la toma de decisiones para fortalecer la planeación, el uso eficiente de los recursos y el logro de los objetivos estratégicos definidos en el Plan de Desarrollo Institucional.

De acuerdo con el esquema de planeación en cascada, el Plan de Desarrollo Institucional (PDI) se materializa y se hace operativo a través del Plan de Acción Institucional (PAI), el cual traduce las estrategias y objetivos de mediano plazo en actividades concretas, metas verificables y responsables definidos. Por tal razón, durante la presente vigencia los resultados obtenidos en la ejecución del PAI reflejan de manera directa el avance en el cumplimiento del PDI, constituyéndose en un insumo fundamental para evaluar el desempeño institucional y orientar los procesos de mejora continua que permitan alcanzar los compromisos establecidos al finalizar la vigencia.

La evaluación de ejecución del plan de desarrollo se lleva a cabo a través del seguimiento al cumplimiento de actividades establecidas en el plan operativo anual. Para la vigencia 2024, el resultado del indicador fue de 0,89, por lo tanto, **NO CUMPLE** con la meta definida por la resolución 408, en consideración a que no logra el valor del 0,9 esperado.

Durante el primer semestre del 2025 se realizó el seguimiento a los Planes de Acción por Procesos PAP, lo que permitió obtener el seguimiento de los Planes de Acción y de Desarrollo Institucional, obteniendo como resultado en la ejecución del último un 91% de cumplimiento para el primer semestre. Por lo tanto, **SI CUMPLE** para este periodo. Esta es una cifra que exhorta a los procesos a intensificar esfuerzos para mantener el indicador, el cual como se manifestó al inicio, debe ser igual o superior a 90%.

El seguimiento al cumplimiento del plan operativo anual 2025 (plan de acción institucional) durante el primer semestre, se evidencia en la siguiente tabla:

No.	PROCESOS	Total No. Actividades	No Actividades programadas a junio	No. Actividades cumplidas	No. Actividades incumplidas	% Cumplimiento
1	Gestión de Proyectos	5	3	3	0	100
2	Subgerencia científica	6	5	4	1	80
3	Gestión de la tecnología	2	1	1	0	100
4	Aseguramiento de la calidad	9	8	8	0	100
5	Servicio farmacéutico	1	1	1	0	100
6	Subgerencia administrativa y financiera	6	6	3	3	50
7	Gestión de la infraestructura	3	2	2	0	100
8	Sistemas de información	5	5	5	0	100
9	Oficina asesora de planeación	12	9	9	0	100
10	Coordinación gestión documental	1	1	1	0	100
11	Oficina asesora jurídica	1	0	0	0	NA
12	Talento Humano	8	8	8	0	100
13	Oficina seguridad y salud en el trabajo	1	1	1	0	100
14	Gestión ambiental	1	1	0	1	0
15	Comunicaciones	1	1	1	0	100
16	Innovación e investigación	3	3	3	0	100
17	Mercadeo y Venta de servicios	2	1	1	0	100
TOTAL		67	56	51	5	91

Fuente: Oficina Asesora de Planeación

ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:

El área de gestión financiera y administrativa busca garantizar la sostenibilidad financiera y el adecuado manejo de los recursos económicos, físicos y tecnológicos de la institución, de forma transparente, eficiente y alineada con los objetivos estratégicos institucionales.



Los indicadores de gestión financiera y administrativa son esenciales para medir el desempeño de esta área, identificar desviaciones y tomar decisiones correctivas o estratégicas. Su importancia radica en:

1. Monitoreo del uso eficiente de recursos
2. Evaluación de la sostenibilidad financiera
3. Control y transparencia
4. Apoyo a la planeación estratégica
5. Toma de decisiones basada en datos

N o.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	MET A	2024	2025
5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación)	<0,90	0,1	0,01
		/ (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia anterior)]		0,1	0,02
		Resultado		1	0,79
Responsable:		Edison Armando Sánchez Agredo			
Líder de proceso:		A.P. Coordinación presupuesto			

La UVR o Unidad de Valor Relativo es una medida para calcular el valor de los servicios y procedimientos en salud, especialmente en el contexto de las Empresas Sociales del Estado (ESE), permitiendo establecer tarifas y evaluar el costo relativo de las diferentes atenciones. Es una fórmula usada en Colombia para asignar un valor monetario a los servicios médicos, procedimientos y atenciones basándose en su complejidad y los recursos necesarios para su realización. Se espera que el resultado de este indicador sea menor que 0,9

EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA COMPARATIVO PRIMER SEMESTRE			
VARIABLE	COMPROMISOS 2025	COMPROMISOS 2024	%
a. Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el periodo	\$ 299.884.900.000	\$ 294.303.000.000	1,9
b. Número de UVR producidas en la vigencia	24.853.005	19.177.966	22,8
c. Resultado costo de producción de una UVR = a/b	\$ 12.066	\$ 15.346	-27,2
Resultado del indicador = c vigencia 2025/c vigencia 2024	0,79	1,0	–

El cuadro anterior muestra que, en 2024, el costo para producir una UVR fue de \$15.346, resultado de dividir el total de gastos de funcionamiento, operación comercial y prestación de servicios que suman \$294.303.000.000 entre el número de UVR producidas en el mismo periodo que fueron 19.177.966. El resultado final del indicador se obtiene de dividir el costo de producir una UVR de una vigencia (2024) sobre el mismo costo de producir una UVR de la vigencia inmediatamente anterior (2023).

Para la vigencia 2024 el resultado final del indicador fue 1, por tanto, **NO CUMPLE**.

Esto genera alerta frente al comportamiento que se puede presentar en la vigencia 2025, teniendo en cuenta que este indicador evalúa la eficiencia financiera de las Empresas Sociales del Estado (ESE) al comparar, cómo varía el gasto por cada UVR producida entre dos vigencias consecutivas. Con este resultado, podemos decir que el gasto por UVR se mantiene estable, sin mejoras significativas en eficiencia durante 2024, respecto a la vigencia anterior 2023.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5 NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 14 de 40

Esto se debe a factores como, gastos incluidos en los rubros de funcionamiento, que corresponden a las adquisiciones o servicios que no hacen parte del costo directo de la producción, pero que deben ejecutarse para garantizar el servicio de salud ofertado de manera adecuada y oportuna, además del cumplimiento en los requisitos exigidos normativamente.

Para la vigencia 2025 se aplica la misma operación del 2024, y el resultado final se obtiene de dividir el costo de la UVR del 2025 que fue \$12.066 entre el costo de la UVR del 2024 que fue \$15.346 arrojando como resultado 0,79 por lo tanto, SI CUMPLE para este primer semestre, porque, a pesar que los gastos que incluye el indicador se incrementaron en 1,9% respecto a 2024, la producción aumentó en 22.8% compensando el gasto con mucha mayor eficiencia, de tal manera que producir una UVR, bajó el costo en 27,2% a expensas de la mayor producción en lo corrido de 2025.

El Hospital Universitario San José de Popayán avanza en la ampliación de su portafolio de servicios con el objetivo de fortalecer la venta de servicios y garantizar su sostenibilidad financiera. Paralelamente, se ejecuta un estricto análisis y control de los gastos según la modalidad de contratación, producción y ejecución de los mismos, considerando tanto el impacto administrativo como financiero, a fin de evitar riesgos que puedan afectar la estabilidad fiscal de la institución en el año 2025.

En coherencia con esta estrategia, se mantiene la política de austeridad en el gasto, complementada con acciones de mejora orientadas al incremento en la producción por venta de servicios y la optimización de los costos asociados a su prestación.

Durante el primer semestre de 2025, el Hospital Universitario San José registró un crecimiento global significativo en la mayoría de los indicadores de producción asistencial así:

Consultas y atenciones ambulatorias

- **Medicina especializada electiva:** Incremento superior al 50% en el primer trimestre y del 23,7% en el segundo, impulsado por la optimización del uso de consultorios, el fortalecimiento de jornadas de atención y la gestión eficiente de la agenda, lo que mejoró la productividad y redujo la demanda

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 15 de 40

no servida.

- **Medicina especializada urgente:** Crecimientos superiores al 50% en ambos trimestres, asociados al aumento de interconsultas desde urgencias y a la modalidad de contratación PGP.
- **Otras consultas no médicas:** Aumentos extraordinarios (+328% en el primer trimestre y +293% en el segundo), favorecidos por la ampliación del talento humano y la implementación de estrategias de búsqueda activa, especialmente en Trabajo Social y Nutrición.

Hospitalización y egresos

- **Egresos totales:** Aumento del 63% en el primer trimestre y variaciones superiores al 40% en el segundo, con crecimientos marcados en egresos obstétricos, quirúrgicos y no quirúrgicos.
- **Estancias hospitalarias:** Reducción de días de estancia quirúrgicos y en cuidados intermedios, mejorando el giro cama; no obstante, persisten estancias prolongadas en pacientes no quirúrgicos debido a trámites administrativos externos.
- **Cuidados críticos:** Incremento en los egresos de UCI Adultos y Neonatal; disminución en UCI Pediátrica, reflejando una gestión asistencial más eficiente.

Producción quirúrgica y diagnóstica

- **Cirugías:** Crecimientos del 47,6% en el primer trimestre y del 44,6% en el segundo, con mayor contribución de los grupos quirúrgicos 2-6 y 11-13. Se observaron disminuciones en ortopedia (grupos 7-10) y procedimientos menores (grupos 20-23).
- **Diagnóstico y terapias:** Incrementos sostenidos en laboratorio (+20%), imágenes diagnósticas (+28% en el primer trimestre y +12,5% en el segundo) y terapias respiratorias, físicas y de fonoaudiología, con crecimientos superiores al 50% en el primer trimestre y cercanos al 30% en el segundo.

Otros servicios

- **Partos y cesáreas:** Incrementos en ambos trimestres, asociados a la ampliación de convenios con EPS y a la implementación del modelo de parto humanizado.
- **Aplicación de biológicos:** Disminución en el primer trimestre y recuperación en el segundo, en línea con el comportamiento del número de nacimientos institucionales.

No obstante, persisten retos asociados a la demanda no servida en subespecialidades críticas y a la gestión de estancias prolongadas por trámites administrativos.

De manera prospectiva, el hospital proyecta un crecimiento del 12% en los ingresos mensuales, apalancado en la consolidación de su portafolio, destacando la oferta de Angiografía y Hemodinamia con cobertura permanente las 24 horas, los siete días de la semana. Esta estrategia permitirá dinamizar la venta de servicios asociados a estas especialidades. Así mismo, se incorporan innovaciones como el sistema de soporte renal para neonatos **CARPEDIEM**, la modernización del área de esterilización mediante nuevos equipos, y la apertura de servicios en neumología, cirugía maxilofacial y cirugía de tórax, ampliando con ello la capacidad resolutive del hospital y generando mayores oportunidades de ingresos.

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	[Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de a vigencia objeto de evaluación) -	≤0	65.591.432,25	7.081.584.407,25
		(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior]		3.286.916.077	2.954.297.171,38
		Resultado		-3.221.324.644,75	4.127.287.235,87

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5 NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 17 de 40

Responsable:	Diego Andrés Castro B.
Líder de proceso:	AP Coordinación Contabilidad

El valor ideal de este indicador es cero, es decir, que la ESE no tenga deudas superiores a 30 días por los conceptos mencionados. Una variación negativa frente a la vigencia anterior indica una mejora en la gestión financiera, mientras que una variación positiva puede señalar deterioro en la capacidad de pago; esto indica que las deudas vencidas han aumentado en comparación con la vigencia anterior, lo que puede evidenciar probables problemas de liquidez o gestión financiera deficiente.

Durante la vigencia 2024 el indicador de monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios presentó una variación negativa de las deudas por salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, cumpliendo con el resultado del indicador, en consideración a la meta establecida.

Para el primer semestre de la vigencia 2025, el resultado del indicador muestra una variación positiva. Es de tener en cuenta que su cálculo se obtiene de comparar el valor a final de la vigencia 2024 y el primer semestre de 2025, pero debe considerarse el resultado, porque está brindando una alerta de **NO CUMPLIMIENTO** del indicador, en pro de tomar las acciones que permitan al final de la vigencia, cumplir con todos los pagos por concepto de salarios y de contratación de servicios para alcanzar una variación negativa o igual a cero como lo establece la meta.

Las actividades realizadas para dar cumplimiento al indicador son:

ACTIVIDADES		SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES PRIMER SEMESTRE
Actividades a realizar	Establecer un plan comercial para venta y servicios y un plan de recaudo cartera, el cual permita tener liquidez al hospital.	•Revisión, actualización y legalización de contratos con EPS e IPS. •Promoción de servicios complementarios. •Seguimiento a EPS con dificultades financieras y consolidación de evidencias para auditoría comercial. •Envío actualizado a las diferentes EAPB del portafolio de servicios con tarifas y resolución interna. •Cliente interno se mantiene las jornadas de actualización de contratación vigente. •Creación de contratos desde el sistema, actualización y parametrización de códigos CUPS. Con respecto a la cartera dentro de las actividades establecidas para el recaudo de cartera que se han ejecutado durante el primer semestre están: - Solicitud a la Secretaría de Salud Departamental del Cauca de cesión de recursos del régimen subsidiado liquidación mensual mes de diciembre 2024. - Circularización de cartera a las diferentes empresas responsables de pago. Cruce permanente de cartera - Convocatoria a conciliaciones extrajudiciales a EPS - Cobro persuasivo a diferentes aseguradores - Acuerdo de pagos con las EPS Asmet salud, Emssanar, IPS Nueva Popayán. A 30 de junio se logró un recaudo superior de cartera corriente y no corriente al mismo corte de la vigencia 2024, en un 29%.
	Realizar seguimiento a las cuentas por pagar a contratistas, proveedores, pago de nómina según los plazos establecidos.	Se realiza seguimiento desde el proceso de vigilancia y control a los contratistas, proveedores, pago de nómina; información actualizada sobre el estado de liquidación de contratos con las actas perfeccionadas.
	Verificar en el comité financiero que se estén cumpliendo los indicadores.	Durante la vigencia 2025 en el primer semestre se realizaron comites financieros en el seguimiento y evaluación de indicadores dando cumplimiento a la resolución 0731 del 09 de diciembre de 2015, resolución modificatoria 0403 del 21 de junio de 2016 y resolución 0684 del 28 de octubre de 2016.

Como acciones de mejoramiento se deben tener en cuenta:

1. Elaborar y ejecutar un plan de pagos escalonado con priorización de obligaciones laborales con criterios de prioridad. (antigüedad de la deuda, servicios esenciales, condiciones contractuales).
2. Gestión efectiva para recuperación de cartera (acuerdos de pago, seguimiento permanente a los giros).
3. Gestionar fuentes alternas de financiación para pagos oportunos de obligaciones laborales.
4. Reprogramar pagos no prioritarios y redirigir recursos a la atención de la deuda laboral.
5. Monitorear mensualmente la evolución del indicador.
6. Optimizar la contratación de personal por servicios a través de un análisis técnico-financiero previo a la contratación.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5 NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 19 de 40

No .	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
8	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas de primer nivel el informe deberá contener a caracterización de la población captada teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	4	4	3
	Resultado				
Responsable:		Leonor Milena Bambagüé Meneses			
Líder de proceso:		Jefe Oficina Asesora planeación			

Este indicador evalúa la frecuencia con la que el Gerente del Hospital presenta informes de análisis de la prestación de servicios de salud, basados en los datos del RIPS, a la Junta Directiva de la entidad durante una vigencia determinada.

El objetivo es fomentar el uso efectivo de la información para la toma de decisiones y la mejora continua en la gestión de servicios de salud. Refleja un compromiso institucional con el uso sistemático de la información de RIPS para:

- Identificar tendencias en la prestación de servicios, permitiendo ajustes y mejoras en tiempo real.
- Basar las decisiones gerenciales en datos concretos, mejorando la planificación y asignación de recursos.
- Asegurar el cumplimiento de las disposiciones legales relacionadas con la gestión y uso de la información en salud.

Para la vigencia 2024 se **CUMPLE** con el reporte de los informes de análisis de la prestación de servicios de la E.S.E. con base en RIPS, presentados a la Junta Directiva, correspondientes al reporte del cuarto trimestre 2023, y los tres trimestres de 2024. El último trimestre de la vigencia generalmente se reporta en enero de la vigencia inmediatamente siguiente.

Durante el primer trimestre de 2025 se cumplió con el reporte del cuarto trimestre de la vigencia 2024. Al cierre del segundo trimestre 2025, se reportó la información correspondiente al primero y segundo trimestre de la misma vigencia, quedando pendiente el informe del tercer trimestre en consideración a que su validación se hace a principios del mes de octubre.

Teniendo en cuenta la dinámica de reportes, para este primer semestre de 2025 se **CUMPLE** con lo determinado en el indicador.

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	ME TA	2024	2025
9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) /	≥ 1	198.768.234.353	197.647.914.765
		Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de cuentas por pagar de vigencias anteriores)		300.210.936.608	325.028.919.957
		Resultado		0,73	0,61
Responsable:		Edison Armando Sánchez Agredo			
Líder de proceso:		A.P. Coordinación presupuesto			

Para la vigencia 2024, el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, fue categorizado **Sin riesgo** según la Resolución 980 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social. (La calificación corresponde a los datos vigencia 2023 corte 31 de diciembre).

RESOLUCIÓN NÚMERO 00000980 DE 30 MAY 2024 - Página 19 de 28

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2024 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Casanare	AGUAZUL	HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN HERNANDO URREGO ESE	Sin riesgo
Casanare	TAURAMENA	ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	Sin riesgo
Casanare	VILLANUEVA	RED SALUD CASANARE ESE	Sin riesgo
Casanare	YOPAL	HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA ESE	Sin riesgo
Cauca	BUENOS AIRES	ESE NORTE 1 ESE	Sin riesgo
Cauca	CALOTO	ESE ESE NORTE 2	Sin riesgo
Cauca	EL TAMBO	ESE HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA	Sin riesgo
Cauca	GUAPI	ESE GUAPI ESE	Sin riesgo
Cauca	PAEZ	ESE TIERRADENTRO ESE	Sin riesgo
Cauca	PATÍA	ESE HOSPITAL NIVEL I EL BORDO	Sin riesgo
Cauca	PIENDAMÓ	ESE ESE CENTRO I	Sin riesgo
Cauca	POPAYÁN	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA, ESE	Sin riesgo
Cauca	POPAYÁN	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN ESE	Sin riesgo

Dirección: Carrera 6 # 10N – 142 Popayán – Cauca

Email: planeacion@hospitalsan jose.gov.co

Líneas de atención: 6028234508 EXT.167

www.hospitalsan jose.gov.co

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5 NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 21 de 40

Para la vigencia 2024, se logra un equilibrio presupuestal con reconocimiento de 1.4, mostrando que los gastos estuvieron por debajo de las ventas realizadas en el año.

El indicador de equilibrio presupuestal del primer semestre del año 2024 refleja un resultado de 0,73 indicando que la Institución **NO CUMPLE** con la meta ≥ 1 del Indicador de equilibrio presupuestal con recaudo, debido a las dificultades presentadas con las diferentes empresas administradoras de planes de beneficios quienes disminuyeron los pagos, presentándose con mayor frecuencia en las EPS intervenidas por la Superintendencia de salud como son Nueva EPS, Asmet Salud, Emssanar y Sanitas, afectando el recaudo de la vigencia y la liquidez del hospital. Otra situación que se presentó con las EPS intervenidas durante el segundo semestre en el año 2024 fue el no pago de cartera correspondiente a vigencias anteriores, lo que conllevó a la celebración de acuerdos de pago a mediano y largo plazo.

Para el primer semestre de 2025 el resultado del indicador arroja un valor de 0,61 lo cual indica que **NO CUMPLE** con la meta esperada. Esto significa que, por cada peso comprometido, sólo se ha recaudado 0,61 pesos.

Es importante resaltar que la formulación del presupuesto de ingresos y gastos del Hospital Universitario San José de Popayán para el año 2025 se elaboró con un análisis detallado de las fuentes de recursos e incorporando consideraciones

legales, normativas y estratégicas, lo que garantizará la sostenibilidad financiera de la entidad, y convierte al presupuesto en un instrumento de planificación eficaz alineado con las necesidades de salud de la población.

Teniendo en cuenta lo anterior, se ha fortalecido el monitoreo a las EPS para verificar el cumplimiento del giro mínimo ordenado por las normas del sistema, especialmente por la situación coyuntural de las empresas responsables de pago, considerando primero, que algunas de ellas están intervenidas por la Supersalud como Asmet Salud, Nueva EPS, Sanitas y Emssanar, y segundo, la potestad del interventor para determinar el valor del giro mensual por la radicación de cuentas. Adicionalmente, se realiza seguimiento a los prestadores sin acuerdo de pago y se revisan títulos para conciliación, con el fin de celebrar acuerdos de pago o iniciar cobro persuasivo. Paralelamente, se trabaja en la determinación de costos de producción, la fijación del precio de venta y el registro adecuado de la información financiera. Esto permitirá mejorar las tarifas contractuales con las EAPB en modalidad evento y PGP. Para ello, mensualmente se llevan a cabo comités

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5 NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 22 de 40

financieros que permiten el seguimiento del ingreso y el gasto, así como la evaluación de procesos internos, estableciendo acciones de mejora.

En el segundo semestre de la vigencia 2025 se avanza en la actualización de costos y precios de venta, con el fin de mejorar la eficiencia, controlar los gastos y apoyar la toma de decisiones. Finalmente, se socializan los contratos realizados con las EAPB a las áreas administrativas y asistenciales pertinentes, en un ejercicio articulado que busca mejorar la producción de servicios de salud, reducir glosas y devolución de facturas, optimizar la cartera dentro de los tiempos contractuales y dar cumplimiento al marco normativo.

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	0	NA
Responsable:		Leonor Milena Bambagüé Meneses			
Líder de proceso:		Jefe Oficina Asesora de Planeación			

La Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) es un documento oficial que reúne, en un solo cuerpo, todas las instrucciones y solicitudes de información que la Superintendencia emite para los diversos actores del sistema de salud. Su propósito es facilitar el cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control, asegurando que los sujetos vigilados cumplan con la normatividad vigente.

Verifica si la Institución ha presentado, dentro de los plazos establecidos, los reportes de información exigidos reflejando una gestión administrativa eficiente y comprometida con la transparencia.

El no cumplimiento puede señalar deficiencias en la gestión de la información, posibles riesgos en la supervisión y control, y una falta de cumplimiento con las obligaciones regulatorias. La no presentación o la entrega extemporánea de al menos uno de los archivos requeridos se considera como incumplimiento, pues cumplir con la meta del indicador garantiza la transparencia, el acceso a la ciudadanía de datos actualizados sobre la gestión de las ESE, y facilita la supervisión, el control y demuestra la eficiencia administrativa y una administración comprometida con las normativas vigentes.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5 NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 23 de 40

Durante la vigencia 2024 se reportaron de manera extemporánea dos archivos de reporte, el **GT004** que corresponde a liga de usuarios y el **ST 006** que corresponde a Reclamaciones por **SOAT**, razón por la cual durante ese periodo el indicador se da como **NO CUMPLE**.

Para el 2025 el indicador se encuentra en etapa de seguimiento, razón por la cual, **no es objeto de evaluación a la fecha**.

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del sector salud y protección social o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes en los términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumple	Cumple
Responsable:		Leonor Milena Bambaüé Meneses			
Líder de proceso:		Jefe Oficina Asesora de Planeación			

Este indicador verifica si la Institución ha presentado, dentro de los plazos establecidos, los reportes de información exigidos por el Decreto 2193 de 2004. La ESE debe presentar información contable, presupuestal, financiera, de capacidad instalada, recurso humano, calidad y producción de servicios.

El cumplimiento del reporte refleja una gestión administrativa eficiente y comprometida con la transparencia, lo contrario, señala deficiencias en la gestión de la información, posibles riesgos en la supervisión y control, y una falta de cumplimiento con las obligaciones regulatorias, refleja la eficiencia administrativa indicando que la administración es organizada y comprometida con las normativas vigentes.

Durante la vigencia 2024, el Hospital **CUMPLE** de manera oportuna con el reporte de la información en plataforma SIHO, conforme a lo establecido en el decreto 2193 de 2004, tal como lo certifica la Dirección de prestación de servicios y atención primaria del Ministerio de Salud y Protección social por medio de la plataforma SIHO.

Al cierre del primer trimestre del 2025 se **CUMPLE** con el reporte del último trimestre 2024, el total de dicho año, y el primer trimestre del 2025 de acuerdo con la dinámica de reporte de la información a presentar en la plataforma SIHO.

El reporte del primer trimestre del 2025 se realiza en el segundo trimestre del año, en consideración a que antes de subir la información a la plataforma SIHO, debe ser validada por la Secretaría Departamental de Salud del Cauca, una vez finalizado el trimestre.

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

Esta área asegura que la prestación de los servicios de salud se realice de manera: segura, con base en prácticas clínicas adecuadas, cumpliendo los tiempos requeridos, centrada en el paciente, respetando su dignidad y derechos, efectiva, fundamentada en evidencia científica, coordinada, a través de procesos asistenciales articulados.



No	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	Numero de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con la aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias de tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación /	≥0,8	15	33
		Número total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia de tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación.		15	33
	Resultado			1	1
Responsable:		Marta Lucia Castillo Ossa			
Líder de proceso:		Subgerente Científica			

El indicador evalúa la adherencia de la ESE a la Guía de Práctica Clínica en la atención de gestantes con hemorragias del tercer trimestre o trastornos hipertensivos específicamente, midiendo la proporción de historias clínicas en las que se aplicó estrictamente la guía de manejo correspondiente. El cumplimiento del indicador refleja una gestión clínica comprometida con la aplicación de prácticas basadas en la evidencia, buscando reducir la morbilidad materna y perinatal, disminuir la variabilidad en la atención y mejora la

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5 NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 25 de 40

calidad del servicio, promueve la seguridad del paciente al contribuir a la disminución de eventos adversos en la atención obstétrica, permite a las autoridades de salud identificar áreas de mejora en la atención materna.

Al cierre de la vigencia 2024, el Hospital **CUMPLE** con la aplicación de la guía de manejo específica para hemorragias del tercer trimestre o trastornos hipertensivos de gestantes, como se demuestra en la aplicación del indicador, al comparar con la meta, la E.S.E. reporta un valor de 1, mayor al 0,8 establecido como meta.

Al cierre del primer semestre de 2025, la Institución **CUMPLE** con la meta del indicador al reportar 33 historias clínicas evaluadas con la aplicación de la guía de manejo específica para hemorragias III trimestre, obteniendo un valor de 1 en el Indicador.

Las actividades programadas para dar cumplimiento al indicador son las siguientes:

ACTIVIDADES	SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES PRIMER SEMESTRE
Mantener las guías de manejo actualizadas.	Durante el primer semestre se avanzó en el fortalecimiento de la aplicación de guías de manejo clínico para las principales patologías identificadas. Se realizó la revisión y actualización de las guías, las cuales quedaron disponibles en el aplicativo Vulcano, incluyendo las relacionadas con hemorragia postparto (GUI-SC769), crisis hipertensiva y eclampsia (GUI-SC768), y sepsis (GUI-SC771).
Realizar inducción y re inducción.	se llevaron a cabo capacitaciones periódicas al personal asistencial sobre los protocolos de atención, con registro en listas de asistencia, cronogramas de procesos prioritarios, actas y soportes de visita ISABEL.
Planear, controlar y hacer seguimiento mensual al sistema de información Dinámica Gerencial, que permita identificar los pacientes con el diagnóstico.	seguimiento mensual a los registros del sistema de información Dinámica Gerencial, lo cual permitió identificar pacientes con diagnósticos relacionados y garantizar la trazabilidad de los casos.
Establecer auditorías de calidad que permitan realizar control a la aplicación adecuada de la guía y el adecuado reporte de información frente a esta patología.	En auditorías se evidencia: - Adherencia óptima a los lineamientos establecidos para la atención de emergencias obstétricas de alto riesgo. - Fortaleza en la oportunidad y calidad de la atención materna, garantizando prácticas seguras y pertinentes. - Mejora en la seguridad del binomio madre-hijo, reduciendo la probabilidad de complicaciones graves.
En comité de historias clínicas evaluar los resultados y análisis de desviaciones y generar los planes de mejora.	Análisis de cumplimiento en comité de historias clínicas. Se recomienda mantener el proceso de auditoría continua y la retroalimentación al personal asistencial, para asegurar la sostenibilidad de este resultado.

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
13	Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Numero de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con la aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación/	≥0,8	18	24
		Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de la evaluación.		47	28
	Resultado			0,38	0,85
Responsable		Marta Lucia Castillo Ossa			
Líder del proceso		Subgerente Científica			

Este indicador evalúa la proporción de historias clínicas en las que se aplicó estrictamente la guía de manejo correspondiente, busca incentivar la aplicación rigurosa de las GPC en la atención de las principales causas de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.

El seguimiento y logro de la meta de este indicador, refleja una gestión clínica comprometida con la aplicación de prácticas basadas en la evidencia, contribuye a mejorar los resultados de salud en pacientes con las principales causas de egreso hospitalario o de morbilidad atendida, contribuye a disminuir la variabilidad en la atención y mejora la calidad del servicio.

Durante la vigencia 2024 **NO CUMPLE** con la meta fijada para el indicador, del total de 47 historias clínicas de la muestra representativa, solo se auditaron 18 con la primera causa de egreso, para un resultado de 0,38, en tal sentido no hubo seguimiento al indicador de una manera efectiva.

Durante el primer semestre de la vigencia 2025, el Hospital **CUMPLE** con la meta fijada para el indicador establecida en la resolución 408/2018, arrojando un valor de 0,85, de 71 Historias clínicas revisadas en 58 se determinó la adherencia a la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.

Las actividades realizadas para dar cumplimiento al indicador son:

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5 NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 27 de 40

ACTIVIDADES		SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES PRIMER SEMESTRE	EVIDENCIA
Actividades a realizar	Mantener las guías de manejo actualizadas.	Durante el primer semestre se avanzó en el fortalecimiento de la aplicación de guías de manejo clínico para las principales patologías identificadas. Se realizó la revisión y actualización de las guías, las cuales quedaron disponibles en el aplicativo Vulcano, incluyendo las relacionadas con hemorragia postparto (GUI-SC769), crisis hipertensiva y eclampsia (GUI-SC768), y sepsis (GUI-SC771).	Guías en el aplicativo vulcano: Hemorragia post parto GUI-SC769, Crisis Hipertensiva y eclampsia GUI-SC768, Sepsis GUI-SC771
	Realizar inducción y re inducción.	se llevaron a cabo capacitaciones periódicas al personal asistencial sobre los protocolos de atención, con registro en listas de asistencia, cronogramas de procesos prioritarios, actas y soportes de visita ISABEL.	Listas de asistencias a capacitaciones, cronograma desde procesos prioritarios, visita ISABEL, actas de capacitación
	Planear, controlar y hacer seguimiento mensual al sistema de información Dinámica Gerencial, que permita identificar los pacientes con el diagnóstico.	seguimiento mensual a los registros del sistema de información Dinámica Gerencial, lo cual permitió identificar pacientes con diagnósticos relacionados y garantizar la trazabilidad de los casos.	Reportes mensuales del sistema Dinámica Gerencial,
	Establecer auditorías de calidad que permitan realizar control a la aplicación adecuada de la guía y el adecuado reporte de información frente a esta patología.	En auditorías se evidencia: Adherencia óptima a los lineamientos establecidos para la atención de emergencias obstétricas de alto riesgo.	Informes de auditoría, visita ISABEL
	En comité de historias clínicas evaluar los resultados y análisis de desviaciones y generar los planes de mejora.	Análisis de cumplimiento en comité de historias clínicas. Se recomienda mantener el proceso de auditoría continua y la retroalimentación al personal asistencial, para asegurar la sostenibilidad de este resultado.	Acta # 10 Comité Extraordinario de HC para análisis de indicadores de la Res 408 de 2018, indicadores 12, 13 y 16

No	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	MET A	2024	2025
14	Oportunidad en la realización de apendicectomía.	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación/	≥0,9	582	299
		Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, en la vigencia objeto de evaluación.		642	336
	Resultado			0,906	0,889
Responsable		Marta Lucia Castillo Ossa			
Líder del proceso		Subgerente Científica			

El indicador evalúa la proporción de pacientes con diagnóstico de apendicitis que son intervenidos quirúrgicamente mediante apendicectomía dentro de las primeras seis horas posteriores a la confirmación diagnóstica, mide la realización oportuna de la apendicectomía, permitiendo monitorear el riesgo de complicaciones como la perforación del apéndice y peritonitis.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5 NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 28 de 40

Durante la vigencia 2024 la Institución **CUMPLE** en la intervención oportuna del paciente con diagnóstico de apendicitis, al alcanzar la meta del indicador, con un valor mayor a la meta propuesta, 0,906.

Para el primer semestre de 2025, el indicador muestra un resultado de 0,889, **NO CUMPLE** con la meta establecida en la norma.

El resultado del indicador refleja que, aunque se realizó la gestión clínica, no se atendieron de manera oportuna la totalidad de las emergencias quirúrgicas, ni se alcanzó la meta establecida dentro del indicador, lo que podría afectar la disminución de complicaciones, y los resultados de salud, de calidad del servicio, y aumentar el riesgo de eventos adversos en la atención quirúrgica.

Las actividades realizadas para dar cumplimiento al indicador son:

ACTIVIDADES		SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES PRIMER SEMESTRE
Actividades a realizar	• Establecer estrategias en la planeación y vigilancia de protocolos prequirúrgicos, asegurando programaciones sin contratiempos que conlleven a cancelaciones repentinas.	Se revisaron los cronogramas de cirugía y se ajustaron las programaciones para minimizar cancelaciones imprevistas, garantizando la disponibilidad de salas e insumos
	• Revisar periódicamente a guía de atención, capacitando y re induciendo al personal que deba aplicarla.	Se realizaron sesiones de capacitación y reintroducción al personal asistencial en la aplicación de la guía de atención.
	• Gestión efectiva en la programación de los procedimientos quirúrgicos, por medio de planes de mejoramiento y reestructuración del modelo de programación y verificación de requerimientos (disponibilidad de sala, especialista, insumos; tiempos de programación).	Se implementaron planes de mejora para optimizar la programación, asegurando disponibilidad de especialistas e insumos
	• Dar continuidad a la implementación de la política de seguridad del paciente fomentando el mejoramiento de equipo de trabajo, fomentando la cultura de seguridad al paciente y lograr a satisfacción de este y su familia.	Se promovieron actividades de cultura de seguridad y trabajo en equipo, enfocadas en la satisfacción del paciente y su familia.
	• Realizar seguimiento al sistema de información	Se verificó el registro oportuno y confiable de la información clínica en el sistema institucional
	• Establecer auditorías de calidad que permitan realizar control a la aplicación adecuada de la guía y el adecuado reporte de información frente a esta patología.	No reporta
	• En comité de historias clínicas evaluar los resultados y análisis de desviaciones y generar los planes de mejora.	No reporta

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías Bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación -	≤0	2	0
		Número de pacientes pediátricos con neumonías Bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior		0	0
		Resultado		2	0
	Responsable	Marta Lucia Castillo Ossa			
	Líder del proceso	Subgerente Científica			

Este indicador cuantifica y monitorea los casos de neumonía bronco aspirativa que se originan dentro del hospital (nosocomial) en pacientes pediátricos, implica el seguimiento del comportamiento del número de casos a lo largo del tiempo, comparando un año con el anterior.

En esencia, busca el mejoramiento y seguridad del cuidado hospitalario en pacientes pediátricos, a través de la identificación de fallas en la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).

El aumento en el resultado de este indicador puede señalar: deficiencias en protocolos de prevención de IAAS, deficiencia en los procedimientos para garantizar la seguridad del paciente, falta de cuidado en el manejo de pacientes con riesgo de broncoaspiración, deficiencias en la capacitación del personal de enfermería o terapia respiratoria.

El cumplimiento del indicador muestra el compromiso de las instituciones con las prácticas seguras.

Durante la vigencia 2024 se reporta un resultado del indicador en 2, al comparar con la meta propuesta, la Institución **NO CUMPLE**.

Para la vigencia 2025, el resultado del primer semestre reporta un valor de 0. Frente a la meta propuesta, **CUMPLE**.

Para mantener un indicador optimo que cumpla con la meta programada, es fundamental tener en cuenta lo siguiente:

1. Evaluación y manejo del riesgo de aspiración
2. Posicionamiento adecuado del paciente
3. Higiene bucal
4. Técnicas adecuadas de alimentación
5. Manejo adecuado de la vía aérea
6. Aplicación de protocolos para prevención de infecciones.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5 NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 30 de 40

7. Monitoreo y seguimiento a riesgos y signos de aspiración

ACTIVIDADES		SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES PRIMER SEMESTRE
Actividades a realizar	Planear, controlar y hacer seguimiento mensual al sistema de información Dinámica Gerencial, que permita identificar los pacientes con el diagnóstico.	Se realizó monitoreo mensual del sistema, sin identificar casos de neumonía broncoaspirativa intrahospitalaria en población pediátrica, para ello se hace necesario hacer seguimiento al centro de monitoreo insitucional, herramienta la cual nos arroja los datos de mortalidad por servicio
	Revisar periódicamente los protocolos de suministro de alimentación, suministro de NPT, capacitando y re induciendo al personal que deba aplicarlos.	Se ejecutaron revisiones periódicas a los protocolos vigentes y se desarrollaron sesiones de capacitación/reinducción al personal responsable del suministro de alimentación y NPT.
	Mantener la estrategia de paciente trazador que permita dar continuidad a Política de seguridad del paciente.	Se aplicó la estrategia de paciente trazador en las áreas de hospitalización pediátrica, verificando cumplimiento de medidas de seguridad y ausencia de eventos adversos relacionados con broncoaspiración. La evaluación tipo paciente trazador se realiza 2 veces por mes, en diferentes macroprocesos, rotando los procesos que pertenecen a cada uno de estos, con la finalidad de evaluar las oportunidades de mejora que hayan quedado de estos. □
	Elaborar el informe con los resultados	Se consolidó la información de primer semestre, confirmando cumplimiento de la meta (0 casos).
	Evaluar los planes de acción y atender las desviaciones presentadas.	No se identificaron desviaciones, dado que el indicador alcanzó la meta establecida (0 casos). Se mantiene la vigilancia activa y mejora continua de procesos.

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia del objeto de evaluación/	≥ 0.90	156	70
		Total de pacientes con diagnóstico de egreso del Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.		156	70
	Resultado			1	1
	Responsable	Marta Lucia Castillo Ossa			
	Líder del proceso	Subgerente Científica			

Dirección: Carrera 6 # 10N – 142 Popayán – Cauca

Email: planeacion@hospitalsan jose.gov.co

Líneas de atención: 6028234508 EXT.167

www.hospitalsan jose.gov.co

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5 NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 31 de 40

El Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es una emergencia médica de alta letalidad: la mortalidad aumenta rápidamente si no se actúa dentro de la primera hora ("hora de oro").

El indicador evalúa el tiempo y la eficacia con que se presta la atención específica requerida al paciente que presenta IAM durante su estancia hospitalaria, es decir, aquellos que son egresados con diagnóstico confirmado de IAM, enfocándose en la oportunidad con que se activan y aplican las intervenciones clínicas críticas. Mide la efectividad y capacidad de respuesta del servicio de urgencias y hospitalización de la Institución y permite monitorear el cumplimiento de la guía de práctica clínica IAM.

El incumplimiento en el indicador puede determinar que se están presentando fallas en el sistema de triage y clasificación de urgencias, deficiencia en la aplicación del protocolo de IAM o insuficiente articulación entre niveles de atención

Durante la vigencia 2024 el indicador muestra un resultado de 1, en tal sentido **CUMPLE** con la meta fijada.

En lo corrido de la vigencia 2025, primer semestre de este año, se han presentado 70 casos de IMA y al total se le aplicó la guía de manejo, en tal sentido, **CUMPLE** con el resultado del indicador, frente a la meta fijada en la resolución 408/2018.

Las actividades realizadas para dar cumplimiento al indicador son:

ACTIVIDADES		SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES PRIMER SEMESTRE
Actividades a realizar	• Mantener las guías de manejo actualizadas.	Se revisa la Guía GUI-SC-712, "Gula de Diagnóstico y Manejo de la Enfermedad del Síndrome Coronario", versión 2021, la cual está vigente.
	• Realizar inducción y re inducción.	Se llevaron a cabo actividades de inducción y reinducción al personal asistencial, garantizando la apropiación de protocolos institucionales.
	• Planear, controlar y hacer seguimiento mensual al sistema de información Dinámica Actividades a Gerencial, que permita identificar los pacientes con el diagnóstico	Para esta medición no se aplicó muestreo, dado que se revisó la totalidad de los casos identificados en el censo institucional, asegurando la confiabilidad de los
	• Establecer auditorías de calidad que permitan realizar control a la aplicación adecuada de la guía y el adecuado reporte de información frente a esta patología.	Se realizó monitoreo mensual del sistema para la identificación de pacientes con diagnóstico relacionado, verificando oportunidad y consistencia de datos.
	• En comité de historias clínicas evaluar los resultados y análisis de desviaciones y generar los planes de mejora.	En los comités de historia clínica se revisaron los resultados, se analizaron desviaciones y se definieron acciones de mejora en la atención de pacientes.

Dirección: Carrera 6 # 10N – 142 Popayán – Cauca

Email: planeacion@hospitalsan jose.gov.co

Líneas de atención: 6028234508 EXT.167

www.hospitalsan jose.gov.co

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5 NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 32 de 40

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
17	Análisis de mortalidad Intrahospitalaria.	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación/	≥ 0.90	256	261
		Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.		267	271
		Resultado		0.95	0.96
	Responsable	Marta Lucia Castillo Ossa			
	líder del proceso	Subgerente Científica			

El análisis de mortalidad intrahospitalaria monitorea la cantidad de muertes que ocurren dentro de la ESE y evalúa su comportamiento, para mejorar la calidad de la atención médica, el indicador se centra en verificar si se realiza un análisis sistemático y estructurado de cada caso de muerte intrahospitalaria, especialmente cuando se considera evitable o inesperada.

El análisis debe propender por determinar las causas clínicas y administrativas asociadas, identificar si la muerte fue potencialmente evitable, prevenible o no evitable, detectar fallas en la atención, eventos adversos, demoras diagnósticas o terapéuticas y generar acciones de mejora continua, promoviendo la cultura de seguridad del paciente y mejora continua de la calidad asistencial.

Durante la vigencia 2024 el Hospital **CUMPLE** con la meta del indicador. Para el primer semestre de la vigencia 2025 también se alcanza a lograr la meta establecida, es decir, **CUMPLE**, sin embargo, es importante tener en cuenta:

- Fortalecer la gestión del Comité de Mortalidad.
- Revisar el reglamento interno del comité de mortalidad (frecuencia de reuniones, integrantes, quorum mínimo).
- Asegurar la participación de las áreas clínicas involucradas.
- Estandarizar el procedimiento de análisis de mortalidad
- Garantizar trazabilidad del análisis mediante actas e informes.
- Gestión de información clínica y oportuna
- Automatizar alertas para reportar en tiempo real las muertes intrahospitalarias Y efectuar oportunamente su análisis.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5 NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 33 de 40

ACTIVIDADES		SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES PRIMER SEMESTRE
Actividades a realizar	Mantener actualizados y socializados los protocolos.	Durante el primer semestre se revisaron y socializaron los protocolos relacionados con el análisis y reporte de mortalidad intrahospitalaria. Se avanzó en el fortalecimiento de la aplicación de guías de manejo clínico para las principales patologías identificadas. Se realizó la revisión y actualización de las guías, las cuales quedaron disponibles en el aplicativo Vulcano, incluyendo las relacionadas con hemorragia postparto (GUI-SC769), crisis hipertensiva y eclampsia (GUI-SC768), y sepsis (GUI-SC771). ☑
	Diligenciar las fichas epidemiológicas	Se realiza diligenciamiento del 100% de las fichas epidemiológicas relacionadas a las mortalidades, lo que se evidencia es un mal uso de los diagnósticos relacionados a esa mortalidad, por lo cual se ha venido realizando un trabajo directo con los médicos que los diligencias, retroalimentando el adecuado diligenciamiento de estas y los certificados de defunción. ☑
	Solicitar certificación por parte de Vigilancia epidemiológica y estadística sobre el oportuno y adecuado diligenciamiento de las	Se realizaron solicitudes periódicas a los equipos de Vigilancia Epidemiológica y Estadística, quienes certificaron el cumplimiento en el reporte oportuno.
	Realizar y revisar el diligenciamiento de los certificados de nacido vivo y de realizar defunción	Se efectuó la verificación de los certificados de defunción en todos los casos, garantizando confiabilidad en la información
	En el comité de análisis de mortalidad institucional evaluar las causas de la mortalidad intrahospitalaria.	El comité de mortalidad se reunió periódicamente, evaluando las causas identificadas en los casos notificados y generando planes de acción.
	Formular los planes de mejora de acuerdo a los resultados del comité.	Se formularon planes de mejora orientados a reducir la mortalidad evitable y fortalecer la calidad de la atención y calidad del dato

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación/	≤ 5 días	1356	559
	Resultado	Número Total de citas de pediatría de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.		659	361
	Responsable	Marta Lucia Castillo Ossa		2,05	1,54

Dirección: Carrera 6 # 10N – 142 Popayán – Cauca

Email: planeacion@hospitalsan jose.gov.co

Líneas de atención: 6028234508 EXT.167

www.hospitalsan jose.gov.co

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5 NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 34 de 40

Líder del proceso	Subgerente Científica			
-------------------	-----------------------	--	--	--

Este indicador permite hacer seguimiento a la disponibilidad y oportunidad de servicios ambulatorios para grupos de especial interés, como los niños. Su propósito es asegurar que la ESE responda de manera oportuna a la demanda de atención en salud pediátrica, lo cual es fundamental en la protección del derecho a la salud de la infancia.

Durante la vigencia 2024, el indicador obtuvo un valor de 2,05 días, manteniéndose en el rango de la meta, en tal sentido **CUMPLE**.

Para el primer semestre del año 2025, el resultado es de 1,5 días lo cual determina que la ESE **CUMPLE** con la meta del indicador.

Las actividades desarrolladas para dar cumplimiento con el indicador son:

ACTIVIDADES		SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES PRIMER SEMESTRE
Actividades a realizar	Realizar el análisis de oferta y demanda con el fin de mantener la oferta suficiente	Capacidad Ofertada:315, Citas Agendadas:337, Cupos Disponibles:0, Horas disponibles:162, Citas Extras:22
	Mantener agenda disponible que garantice la oportunidad del servicio.	La agenda de los especialistas se habilita de manera mensual, en cumplimiento del procedimiento establecido para la apertura de agenda especializada. Dicha habilitación se realiza el día 11 de cada mes, con el fin de garantizar la programación correspondiente al mes siguiente, asegurando así la disponibilidad continua de citas y la oportunidad en la atención al usuario.
	Revisar y analizar el resultado del indicador.	- Se agenda el 100% de la capacidad instalada - El 57% de la capacidad instalada son usuarios nuevos para la especialidad - Aumenta el 7% de la capacidad instalada por citas adicionales por aumento en la demanda - Con respecto al I trimestre aumenta la demanda de usuarios nuevos para la especialidad.
	Realizar el cargue de información a SIHO	Se realizan la actividad respectiva.
	Formular los planes de mejora y evaluar los resultados y análisis de desviaciones.	El indicador no presenta desviación, evidenciando un resultado favorable, dado que la meta establecida es menor a 5 días y el valor actual corresponde a 1,46 días. Este comportamiento se mantiene de manera sostenida en el tiempo, gracias a que la capacidad instalada resulta suficiente para atender la demanda.

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación/	≤ 8 días	1011	572
		Número Total de citas de obstetricia de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.		539	226
	Resultado			1,87	2,53
	Responsable	Marta Lucia Castillo Ossa			
	Líder del proceso	Subgerente Científica			

El indicador monitorea la capacidad de gestión de la agenda médica de la ESE que es ofertada en la consulta externa para la atención obstétrica, cuantificando el número promedio de días calendario que transcurren entre la fecha en que una mujer solicita una cita de obstetricia y la fecha en la que efectivamente se le asigna y presta el servicio.

El cumplimiento a este monitoreo se relaciona directamente con la contribución a la disminución de la mortalidad materna y perinatal, refleja gestión para garantizar el derecho a la salud de las gestantes, un grupo poblacional protegido constitucionalmente en Colombia, fundamental para proteger la vida y la salud tanto de la madre como del bebé.

Durante el año 2024 y el primer semestre de la vigencia 2025, el resultado del indicador **CUMPLE** con la meta propuesta.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5 NIT. 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 36 de 40

ACTIVIDADES		SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES PRIMER SEMESTRE
Actividades a realizar	Realizar el análisis de oferta y demanda con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de obstetricia de acuerdo a los resultados obtenidos.	Capacidad Instalada:243, Citas Agendadas:316, Cupos Disponibles:0 Horas disponibles:34, Citas Extras: 73
	Garantizar la implementación de la ruta materno perinatal.	La Ruta Materno-Perinatal se encuentra habilitada de manera permanente en el servicio, específicamente en la Recepción 3, donde la auxiliar Emily Johana Ordoñez es la responsable de realizar el seguimiento y la gestión integral de las usuarias gestantes.
	Mantener agenda disponible que garantice la oportunidad del servicio.	La agenda de los especialistas se habilita de manera mensual, en cumplimiento del procedimiento establecido para la apertura de agenda especializada. Dicha habilitación se realiza el día 11 de cada mes, con el fin de garantizar la programación correspondiente al mes siguiente, asegurando así la disponibilidad continua de citas y la oportunidad en la atención al usuario.
	Revisar y analizar el resultado del indicador.	1. Se agenda el 100% de la capacidad instalada 2. El 34% de la demanda son citas de primera vez 3. Aumento del 30% la capacidad instalada con citas adicionales para usuaria de controles prenatales. 4. Con respecto al I Trimestre se disminuye la demanda por lo cual se da mayor prioridad a las usuarias para valoración por primera vez.
	Realizar el cargue de información a SIHO	Se realiza la respectiva actividad.
	Formular los planes de mejora y evaluar los resultados y análisis de desviaciones	El indicador no presenta desviación y refleja un resultado positivo, ya que la meta establecida es menor a 8 días y el valor actual corresponde a 2,4 días. Este comportamiento se ha mantenido de forma sostenida en el tiempo, debido a que la capacidad instalada es suficiente para cubrir la demanda.

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación. /	≤ 15 días	4163	1587
		Número Total de citas de medicina interna de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.		1301	645
	Resultado			3,19	2,46
	Responsable	Marta Lucia Castillo Ossa			
	líder del proceso	Subgerente científica			

El indicador busca establecer la oportunidad en el acceso a la consulta de medicina interna, a través de la medición del número promedio de días calendario que transcurren entre la fecha en que un usuario solicita una cita de medicina interna y la fecha en que efectivamente se le atiende, reflejando la gestión de su agenda médica frente a la demanda de atención especializada, particularmente en pacientes con enfermedades crónicas, multimorbilidad o diagnósticos complejos que requieren seguimiento por medicina interna.

Contribuye a detectar posibles barreras institucionales al acceso en la atención de la consulta médica especializada, debido a: déficit de oferta horas médico especialista, alta demanda, agenda insuficiente o mal distribuida, retrasos administrativos (autorizaciones).

El resultado de la medición del indicador en la vigencia 2024 y en el primer semestre de 2025 está en el parámetro determinado en la meta, en tal sentido, la Institución **CUMPLE**.

ACTIVIDADES		SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES PRIMER SEMESTRE
Actividades a realizar	Realizar el análisis de oferta y demanda con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de pediatría de acuerdo a los resultados obtenidos.	Capacidad Instalada:605, Citas Agendadas:489, Cupos Disponibles:140, Horas disponibles:178, Citas Extras: 0
	Mantener agenda disponible que garantice la oportunidad del servicio.	La agenda de los especialistas se habilita de manera mensual, en cumplimiento del procedimiento establecido para la apertura de agenda especializada. Dicha habilitación se realiza el día 11 de cada mes, con el fin de garantizar la programación correspondiente al mes siguiente, asegurando así la disponibilidad continua de citas y la oportunidad en la atención al usuario.
	Revisar y analizar el resultado del indicador.	1. Se agenda el 80% de la capacidad instalada 2. El 54% de la demanda son citas de primera vez 3. El 23% de la capacidad instalada queda disponible a causa de termino de contratación de algunas EPS 4. Con respecto al I Trimestre se evidencia que disminuye la demanda por lo cual disminuye el tiempo de espera para usuarios de primera vez que requieran la valoración por la especialidad.
	Realizar el cargue de información a SIHO	Se realiza la respectiva actividad.
	Formular los planes de mejora y evaluar los resultados y análisis de desviaciones.	El indicador tiene una meta establecida de oportunidad menor a 15 días y no presenta desviación, dado que el valor registrado para el segundo trimestre del año 2025 es de 2,25 días, muy por debajo del umbral definido. Este resultado constituye un comportamiento positivo que evidencia que la oportunidad en la atención es óptima.

**CONSOLIDADO RESULTADOS DE INDICADORES SEGÚN RESOLUCIÓN 408/2018
COMPARATIVO VIGENCIA 2024 Y PRIMER SEMESTRE 2025**

AREA DE GESTION	NOMBRE DEL INDICADOR	RESULTADO S 2024	RESULTAD O 2025	META	2025 ¿CUMPL E META?
DIRECCION Y GERENCIA	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1,1	0.83	CERTIFICACION EN ACREDITACION	N.A
	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	0,99	N.A	≥ 0,90	N.A
	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	0,887	0.91	≥ 0,90	Sí
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida	1	0,79	<0,90	Sí
	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	- 3.221.324.64 4,75	4.127.287.23 5,87	≤0	No Cumple
	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS	4	3	4	Sí
	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	0,796	0,61	≥ 1	No Cumple
	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	0	NA	Cumplimiento dentro de los términos previstos	No cumple
	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del sector salud y protección social o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Sí
CLINICA ASISTENCIAL	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	1	1	≥ 0.80	Sí
	Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	0,38	0,85	≥ 0.80	Sí

	Oportunidad en la realización de apendicectomía.	0,906	0,889	≥ 0.90	No Cumple
	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	2	0	≤ 0	SÍ
	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).	1	1	≥ 0.90	SÍ
	Análisis de mortalidad Intrahospitalaria.	0.95	0,96	≥ 0.91	SÍ
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	2,05	1,54	≤ 5 días	SÍ
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	1,87	2,53	≤ 8 días	SÍ
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	3,19	2,46	≤ 15 días	SÍ

Para el primer semestre de 2025, de un total de 18 indicadores evaluados, 14 (77.7%) de ellos, cumplen con la meta establecida según la resolución 408 de 2018, cuatro no alcanzan la meta (22.2%).


LEONOR MILENA BAMBAGÜE MENESES
 Jefe Oficina Asesora de Planeación

Revisó: Leonor Milena Bambagüe Meneses - Jefe Oficina Asesora de Planeación

Proyectaron: Luis Miguel Zambrano Velasco Afiliado Partícipe ASSESALUD-

Luis Felipe Muñoz Hurtado Enfermero Grado 1

Aprobó: Marta Lucía Castillo Ossa Sub Gerente Científica – Indicadores Gestión Clínica y Asistencial

Aprobó: Juan Francisco Mora Obando- Subgerente Administrativo – Indicadores Financieros y administrativos