



INFORME DE EVALUACIÓN PLAN DE GESTION 2025

JUAN CARLOS ARTEAGA CIFUENTES
GERENTE

MARZO 2026

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	
2. OBJETIVOS	
2.1 Objetivo General:	
2.2 Objetivos Específicos:	
3. MEDICIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN AÑO 2025	
3.1 Indicadores de Dirección y Gerencia: 20%	
3.2 Indicadores de Financiera y Administración: 40%	
3.3 Indicadores Gestión Clínica o Asistencial: 40%	
4. INDICADORES POR ÀREA DE GESTIÓN AÑO 2025	
5. CALIFICACIÓN EVALUACION PLAN DE GESTION GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN - VIGENCIA 2025	

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 Decreto 357 de 2008, la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013, la Resolución 408 de 2018 y Resolución 1097/2018 definen 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 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, 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 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 2025 – 2028.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar las metas de gestión y resultados para la Gerencia de la Hospital Universitario San José de Popayán durante la vigencia 2025, de acuerdo a lo establecido 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 2025-2028.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Establecer los indicadores y estándares por área de gestión, según tabla que conforma el anexo No. 2 de la Resolución 408 de 2018 y 1097 de 2018.
- ✓ Realizar la calificación del periodo de gestión 2025 atendiendo el instructivo de calificación expuesto en el anexo No. 3 y la matriz de calificación presentada en el anexo No. 4 de la Resolución 408 de 2018 y 1097 de 2018, para que sea verificada por los miembros de la Junta Directiva del Hospital Universitario San José de Popayán.

3. MEDICIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN AÑO

DISTRIBUCIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN AÑO 2025 SEGÚN RESOLUCIÓN 408 DE 2018

ÁREA DE GESTIÓN	No. DE INDICADORES	%
Direccionamiento estratégico	3	20
Financiera y Administrativa	6	40
Clínico o Asistencial	9	40
TOTAL INDICADORES A EVALUAR	18	100

FACTORES DE SEGUIMIENTO

AREA DE GESTIÓN	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
Financiera y Administrativa	Indicador No. 4. Riesgo fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero
	Indicador 5: Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida	<0.90
	Indicador 6: Proporción de medicamentos y material medico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas; b) compras a traves de cooperativas de ESEs; c) compras a través de mecanismos electrónicos	≥0,7
	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

3.1 INDICADORES AREA DE GESTIÓN DIRECCIÓN Y GERENCIA

La Área de Gestión Dirección y Gerencia es obligatoria implementar por todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), sin importar su complejidad o naturaleza jurídica. Está 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.

INDICADOR No. 1 Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

Presentación: 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

Resultado:

Nº	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 /	Postulación para acreditación	2.7	3.24
		Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior) x 100		3.8	2.70
Responsable:		Edilsa Yasmín Rosero Yela			
Líder de proceso:		Aseguramiento de la calidad			

La autoevaluación de estándares de acreditación del año 2025, basada en los estándares del manual de acreditación en salud hospitalario y ambulatorio versión 3.1, evaluó los 7 estándares de acreditación en salud a saber: estándar de atención al cliente asistencial (1-74), direccionamiento (75-87), gerencia (88-102) gerencia del talento humano (103-118), gerencia del ambiente físico (119-129), gestión de tecnología (130-139), gerencia de la información (140-153), mejoramiento (154-158). La evaluación se lleva a cabo con los integrantes de los equipos de autoevaluación de mejoramiento institucional, equipo interdisciplinario que, mediante la comparación entre calidad esperada y calidad encontrada, establecen unas fortalezas y unas oportunidades de mejora. Se realiza la evaluación cuantitativa según la escala de calificación donde se evaluaron 3 dimensiones y diez (10) variables - Enfoque, implementación y resultados. Los integrantes del equipo, según las fortalezas y evidencias que se presentaron, realizan la votación para dar la calificación de 1 al 5 de las variables donde el valor a registrar se escoge por moda (el valor que más se repite).

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

Resultado del indicador a 2025		
Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada	3,24	1.2
Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	2.70	

Obtener un resultado de 1.2 evidencia un mejoramiento continuo positivo, lo que significa que la institución incrementó en un 17% su nivel de cumplimiento respecto al año anterior.

Resultado del indicador: 1.2 CUMPLE

Fuente de información: Ficha del indicador institucional # 593 “Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior” <https://licenciamientohusj-my.sharepoint.com/my?id=%2Fpersonal%2Fplaneacion%5Fhospitalsan jose%5Fgov%5Fo%2FDocuments%2FEVIDENCIAS%20RES%20408%202025>

INDICADOR No. 2 Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

Presentación: Este indicador mide la capacidad de las instituciones de salud para ejecutar acciones de mejora efectivas, basadas en brechas identificadas (calidad observada vs. esperada), con el fin de optimizar la atención y asegurar la 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 y en concordancia con la ruta crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (vigencia 2025, código ACA-PGR02).

Para el año 2025, el programa de auditoría de mejoramiento de la calidad tuvo un enfoque en acreditación por lo cual, las actividades desarrolladas se obtuvieron de la autoevaluación del manual de estándares de acreditación en salud versión 3.1. Una vez realizada la autoevaluación, la metodología empleada fue la aplicación de criterios específicos de Riesgo, Costo y Volumen, con el fin de determinar el orden de intervención y facilitar la asignación eficiente de recursos. Cada variable se calificó de 1 a 5, siendo 1 el menos valor y 5 el máximo valor. Por cada grupo estándar se priorizaron las oportunidades de mejoramiento con las más altas calificaciones. Se estableció que se requiere realizar plan de mejora a los hallazgos con una calificación mayor a 75 puntos.

Una vez ejecutadas las actividades en el PAMEC, realizado el seguimiento a las actividades propuestas se encontró como resultado:

Resultado:

Nº	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/*100	≥ 0,90	941	366
		Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.		949	375
		Resultado		99	97
Responsable:		Edilsa Yasmín Rosero			

Proceso:	Gestión de Calidad
----------	--------------------

Se planearon en total 375 actividades según el ciclo DEMING (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) posterior a la priorización. De este total, se cumplieron 366 actividades lo que corresponde a un 97.6% de ejecución, validando así que el 2.4% de actividades (9), quedaron pendientes por cierre efectivo consideradas en no cumplimiento (8) y una (1) pendiente por cumplir, las cuales serán priorizadas en el PAMEC del año 2026.

Se evidencia un cumplimiento superior a la meta establecida en la ejecución de las actividades dentro del tiempo definido, lo cual refleja una cultura de calidad enfocada al mejoramiento continuo de los procesos, y una alineación con el objetivo estratégico institucional de garantizar la prestación de servicios de salud complementarios en el marco de la alta complejidad, mediante el fortalecimiento del modelo de atención y el alcance de niveles de excelencia en los procesos organizacionales, a través de un sistema de gestión integral de calidad.

Resultado del indicador: 97% CUMPLE

Fuente de información: Ficha del indicador institucional # 594 “Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.” **Pantallazo de cargue Informe de Cumplimiento indicadores –SUPERSALUD**

<https://licenciamientohusj-my.sharepoint.com/my?id=%2Fpersonal%2Fplaneacion%5Fhospitalsanjose%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FEVIDENCIAS%20RES%20408%202025>

INDICADOR No. 3 Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional

Presentación: 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. 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.

Para la vigencia 2024 el resultado del indicador fue de 0,89, por tanto, NO CUMPLE con la meta definida por la resolución 408, en consideración a que no logra el valor del 0,9.

Resultado:

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
3	Gestión de ejecución del Plan de	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación/	≥ 0,90	55	32

	Desarrollo Institucional	No. de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de la evaluación		62	35
		Resultado		0,887	0,91
Responsable:		Leonor Milena Bambagüé Meneses			
Líder de proceso:		Jefe Oficina Asesora de Planeación			

Durante la vigencia 2025 se realizó el seguimiento a los Planes de Acción por Procesos PAP, que desde el segundo semestre se enfocó, en evaluar las actividades que integran el Plan de Acción Institucional (anual) obteniendo como resultado en su ejecución un 91,4% de cumplimiento para la vigencia 2025. 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 PAI) durante la vigencia 2025, se realizó por cada una de las cuatro líneas estratégicas del Plan de Desarrollo Institucional, lo cual se evidencia en la siguiente tabla:

Línea estratégica del PID 2025 - 2028	Actividades programadas	Actividades cumplidas	% Cumplimiento para 2025	Ponderado Programado para 2025	Ponderado alcanzado en la vigencia 2025
En Alianza por la Excelencia en Salud	12	11	91,7	25	22,92
En Alianza por buen gobierno y equilibrio financiero	17	15	88,2	25	22,06
En Alianza por un Hospital Universitario	1	1	100,0	25	25,00
En Alianza por Innovación e Investigación en salud	5	5	100,0	25	25,00
TOTAL AVANCE PLAN DE DESARROLLO	35	32	91,4	25	22,9

Fuente: Oficina Asesora de Planeación

El Plan de Desarrollo “EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL” en lo que respecta a la vigencia 2025, obtuvo cumplimiento del 91.4% en su implementación. Solamente 3 de las 35 actividades no pudieron cumplirse, y se encuentran en desarrollo.

El despliegue del Plan de Desarrollo Institucional se realiza a través de la ejecución del Plan de Acción Institucional PAI y del Plan de Acción por cada uno de los procesos PAP de la institución.

Los logros alcanzados en la vigencia, fueron:

XXX

Resultado del indicador: 91,4 CUMPLE con la meta establecida para la vigencia 2005, y aporta en un 22,9% como avance del PDI en el primer año de su ejecución.

Fuente de Información: Informe PDI 2025 - Oficina Asesora de Planeación.
<https://licenciamientohusj-my.sharepoint.com/my?id=%2Fpersonal%2Fplaneacion%5Fhospitalsanjose%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FEVIDENCIAS%20RES%20408%202025>

3.2 INDICADORES AREA 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.

Estos indicadores son esenciales para medir el desempeño, identificar desviaciones y tomar decisiones correctivas o estratégicas. Su importantes para:

- Monitoreo del uso eficiente de recursos
- Evaluación de la sostenibilidad financiera
- Control y transparencia
- Apoyo a la planeación estratégica
- Toma de decisiones basada en datos

Indicador No. 4. Riesgo fiscal y financiero

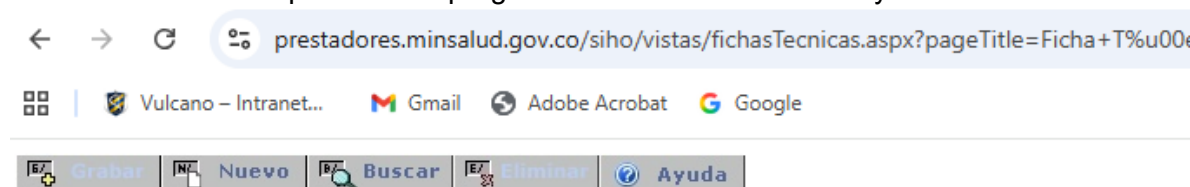
Presentación: El indicador de Riesgo fiscal y financiero, mide la sostenibilidad económica y financiera de las Empresas Sociales del Estado (ESE) en Colombia, clasificándolas en niveles de riesgo (Sin Riesgo, Riesgo Leve, Medio, Alto o Técnico) según su gestión financiera, pasivos y viabilidad.

Resultado:

Nº	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
4	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Sin riesgo	Sin riesgo
Responsable:		Martha Isabel Andrade Penagos			
Proceso:		Subdirección Administrativa y Financiera			

Para la vigencia 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución No. 1122 de 2025, efectuó la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del

nivel territorial para la vigencia 2025 y se dictan otras disposiciones, donde el Hospital Universitario San José de Popayán, fue categorizada SIN RIESGO, razón por la cual no ha sido necesario la adopción de un programa de saneamiento fiscal y financiero.



FICHA TÉCNICA

1900100031 - HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E. DE POPAYÁN - (CAUCA)

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO	
Variable	Calificación
Año 2025 Resolución 1122 (con información cierre año 2024)	Sin riesgo
Año 2024 Resolución 980 (con información cierre año 2023)	Sin riesgo
Año 2023 Resolución 851 (con información cierre año 2022)	Sin riesgo

La ponderación establecida en este indicador deberá distribuirse proporcionalmente entre los otros indicadores del área de gestión administrativa y financiera, tal como lo establece el artículo 2 de la Resolución 743 de 2013, en el que se modifica el artículo 3 de la Resolución 710 de 2012.

Resultado del indicador: SIN RIESGO FISCAL Y FINANCIERO (NO APLICA)

Fuente de información: Ficha Técnica SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social. <https://prestadores.minsalud.gov.co/siho/vistas/fichasTecnicas.aspx?pageTitle=Ficha+T%u00e9cnica&pageHlp=%2fSIHO%2fayudas%2fvistas%2ffichatecnica.pdf>

Indicador No. 5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (UVR)

Presentación: La UVR o Unidad de Valor Relativo, 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. 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). Permite establecer tarifas y evaluar el costo relativo de las diferentes atenciones.

Mide la eficiencia económica de la entidad, comparando el gasto total en funcionamiento y operación, con la cantidad de servicios producidos en un periodo (Unidad de Valor Relativo). Indica si el costo de los servicios (medido en UVR) aumenta o disminuye en el tiempo. Ayuda a las empresas del sector de la salud a entender y analizar el desempeño financiero en relación con su productividad real, y a tomar decisiones estratégicas para mejorar su eficiencia.

Se espera que el resultado de este indicador sea menor que 0,90

Resultado:

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	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	8.108
		/ (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)]		9.233
		Resultado		0,88
Responsable:		Edison Armando Sánchez Agredo		
Líder de proceso:		A.P. Coordinación presupuesto		

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA		
Variable	2024	2025
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,4	1,19
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,89	0,77
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,29	1,13
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,7	0,63
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	9.310,74	8.328,19
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	9.232,57	8.108,1
Gasto de personal por UVR (\$)	4.903,23	4.488

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS		
Variable	2024	2025
Camas de hospitalización	411	0
Total de egresos	26.381	39.379
Porcentaje Ocupacional	108,49	107,71
Promedio Dias Estancia	7,36	5,26
Giro Cama	64,19	0
Consultas Electivas	81.547	99.860
Consultas de medicina general urgentes realizadas	33.411	31.413
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	102.244	145.367
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	72.877	99.819
Numero de partos	1.900	2.197
% Partos por cesárea	44,32	41,1
Exámenes de laboratorio	1.008.814	1.042.392
Número de imágenes diagnósticas tomadas	152.267	173.780
Dosis de biológico aplicadas	3.479	3.871
Citologías cervicovaginales tomadas	0	0
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	0	0
Producción Equivalente UVR	39.860.939,47	48.346.459,35

Detalle fórmula del indicador

VARIABLE	COMPROMISOS	COMPROMISOS	%
	2025	2024	

a. Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el periodo	\$ 391,997,919,241	\$ 368,018,793,725	1.07
b. Número de UVR producidas en la vigencia	48,347,054	39,860,939	1.21
c. Resultado costo de producción de una UVR = a/b	8,108	9,233	0.88
Resultado del indicador = c vigencia 2025/c vigencia 2024	0.88	1.14	

La tabla anterior indica que para la vigencia 2025, se cumple con el indicador de evolución del gasto por unidad relativa, mostrando un resultado de 0.88, más eficiente que en la vigencia anterior. Es decir, que, aunque los gastos se incrementaron, la producción lo hizo en mayor proporción, lo que hizo que el costo al producir una unidad bajara, pasando de \$9,233 en la vigencia 2024 a \$8,108 en el año 2025.

Resultado a diciembre 2025: 0.88 vs Meta para el año 2025: <0.90

Resultado del indicador: 0,88 **CUMPLE** para la vigencia 2025

Fuente de Información: Ficha Técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2025).

<https://prestadores.minsalud.gov.co/siho/vistas/fichasTecnicas.aspx?pageTitle=Ficha+T%u00e9cnica&pageHlp=%2fSIHO%2fayudas%2fvistas%2ffichatecnica.pdf>

Análisis técnico.

- **Desempeño:** El hospital implementó estrategias de austeridad y de ampliación del portafolio de servicios. El indicador muestra un resultado inferior al estándar normativo de (<0.90), lo que sugiere que el gasto por unidad producida en la vigencia 2025 ha disminuido frente al año anterior.
- **Producción asistencial:** Teniendo en cuenta los gastos que incluye el indicador, se presenta un incremento del 7% en el año 2025 respecto al 2024, pero la producción aumentó en 21% compensando el gasto con mucha mayor eficiencia, de tal manera que producir una UVR, bajó el costo en un 12% a expensas de la mayor producción en lo corrido de 2025.

Estrategias para sostener el indicador.

- **Optimización de la producción asistencial:**
 - Fortalecer el portafolio de servicios en las especialidades con alta demanda y rentabilidad como hemodinamia, angiografía, cirugía especializada, soporte renal neonatal, que ya están en expansión.
 - Mantener la atención ambulatoria y procedimientos de corta estancia, sosteniendo la producción de la UVR con menor gasto operativo.

- Continuar con el monitoreo semanal por proceso asistencial: Identificando unidades con baja productividad y alto gasto para aplicar correctivos.
- **Control y racionalización del gasto.**
 - Implementar política de austeridad segmentada: Revisar gastos de funcionamiento y operacional con mayor impacto en el presupuesto y con bajo impacto en la producción.
 - Revisión de contratos de servicios tercerizados: Evaluar costo-beneficio por modalidad de contratación (evento, paquete, capitado).
 - Auditoría interna periódica de gastos por UVR. Para detectar desviaciones y tomar decisiones oportunas.
- **Gestión financiera (Costos).**
 - Análisis de costos unitarios por servicio: Determinar qué servicios generan mayor gasto por UVR y ajustar procesos.
 - Negociación de tarifas con EAPB: Asegurar que los ingresos por UVR cubran los costos reales de producción.
- **Gestión del talento humano.**
 - Capacitar al personal asistencial y administrativo en eficiencia operativa; mostrando el impacto de sus acciones en el indicador.
 - Incentivos por productividad ajustada al gasto: Bonificaciones o reconocimientos por unidades que logren alta producción con bajo gasto relativo.
- **Herramientas de seguimiento y control.**
 - Establecer un tablero de control institucional del indicador 5: Que Visualice mensualmente el comportamiento por servicio, área y proceso. Realizar simulación financiera trimestral proyectando escenarios de gasto y producción para anticipar desviaciones.

Indicador No. 6. Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos a) compras conjuntas; b) compras a través de cooperativas de Empresas sociales del Estado. C) Compras a través de mecanismos electrónicos

Presentación: Este indicador busca medir la eficiencia, transparencia y economía en la adquisición de insumos hospitalarios por parte de las Empresas Sociales del Estado (ESE) en Colombia. Evalúa qué porcentaje del total de compras se realiza mediante mecanismos conjuntos, cooperativas o electrónicos, buscando mejores precios, optimización de recursos y transparencia, en cumplimiento de normas de gestión.

Resultado:

Nº	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2025
----	----------------------	---------------------	------	------

6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos a) compras conjuntas; b) compras a través de cooperativas de Empresas sociales del Estado. C) Compras a través de mecanismos electrónicos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizados en la vigencia evaluada mediante una o más de los siguientes mecanismos a) compras conjuntas; b) compras a través de cooperativas de Empresas sociales del Estado. C) Compras a través de mecanismos electrónicos	≥ 0,7	0
	Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico.			101.676.955.831
	Resultado			0

La proporción de medicamentos y material médico quirúrgico, adquirido por el Hospital Universitario San José de Popayán, durante la vigencia 2025, mediante los mecanismos de compras conjuntas, compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado y compras a través de mecanismos electrónicos, para la vigencia 2025 dio como resultado cero (0).

Resultado del indicador: NO SE EFECTUARON COMPRAS POR ESTOS MEDIOS

Debido a la disparidad en los servicios ofrecidos por las IPS públicas de la red de servicios, los insumos a adquirir también difieren notablemente, razón por la cual no es factible que el Hospital Universitario San José de Popayán, realice las compras con los mecanismos descritos en el indicador, pues su nivel de complejidad, la especialización en su portafolio de servicios y de los insumos requeridos no hacen posible, que se realicen las compras conjuntas, por medios electrónicos o por Cooperativa de Hospitales, que sea de paso mencionarlo, no operan en el Departamento del Cauca.

Sin embargo, el Hospital Universitario San José de Popayán, publicó los contratos, con sus respectivos documentos precontractuales realizados en 2025 incluidos los de compra y suministro de medicamentos y material médico quirúrgico, en la plataforma SECOP, de acuerdo a lo establecido en el Manual Interno de Contratación Vigente.

Se solicita a la Junta Directiva redistribuir el porcentaje de evaluación a otros ítems.

Indicador No. 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

Presentación: Este indicador mide la edad de las cuentas por pagar del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. 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.

Resultado:

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 la vigencia objeto de evaluación) -	≤0	5.065.424.629	11.167.695.916,00
		(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 actual) -		4.885.940.748	6.102.271.286,97
		(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)			
		Resultado		1,04	1,83
		Variación			0,77
Responsable:		Diego Andrés Castro B.			
Líder de proceso:		AP Coordinación Contabilidad			

Al terminar la vigencia 2025, el indicador de monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios, presentó una variación representativa de las deudas por salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios y honorarios, evidenciando un incremento en las sumas pendientes de pagos por estos conceptos.

El resultado del indicador muestra una variación del 0.77%, debido a los problemas de liquidez que presentó, a causa de las dificultades que viene atravesando el sector salud en Colombia y al cual el hospital no ha sido ajeno a esta situación. Es de tener en cuenta que su cálculo se obtiene de comparar el valor de la vigencia 2024 y vigencia 2025, pero debe considerarse el resultado, porque está brindando una alerta de no cumplimiento del indicador, en pro de tomar las acciones que permitan para el nuevo año, saldar todos los compromisos pendientes por concepto de salarios y de contratación de servicios. Lo anterior es posible siempre y cuando exista liquidez, es decir, el recurso disponible inmediato para el pago de estas obligaciones. Se precisa que el HUSJP no presenta mora en pago por salarios mensuales al personal de planta de la Institución.

Resultado del indicador: 1,83 **NO CUMPLE** para la vigencia 2025

Fuente de verificación: Certificación suscrita por el Revisor Fiscal de la ESE.
<https://licenciamientohusj->

my.sharepoint.com/my?id=%2Fpersonal%2Fplaneacion%5Fhospitalsanjose%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FEVIDENCIAS%20RES%20408%202025

Análisis técnico

- **Salarios de personal de planta - Cuenta por pagar mayor a 30 días:** de acuerdo con la información de los Estados financieros con corte al cuarto trimestre del 2025 no se presentan vencimientos mayores a 30 días.
- **Honorarios y servicios:** El incremento en estas cuentas contables está representado principalmente en las cuentas de Asociaciones sindicales, siendo algunas de las más representativas Anestesiólogos del Cauca – Asanesca, y Sintrahoempu. En su mayoría corresponde a cuentas del tercer trimestre 2025.

Estrategias para cumplir con el indicador

- Concientización a las organizaciones sindicales de la oportunidad en la entrega de las cuentas para trámite de pago, que sean radicadas a tiempo y sin errores para poder agilizar el trámite.
- Documentación completa e impecable presentada por las asociaciones y agremiaciones sindicales, que permitan dar celeridad en el trámite para el pago.
- Realizar seguimiento desde el proceso contable, de las cuentas pendientes de pago durante la vigencia, con el propósito de tomar acciones para los trámites pertinentes.
- Continuar con las estrategias que ayuden a mejorar la liquidez para atender los pagos respectivos.

Indicador No. 8 Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS

Presentación: 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 **CUMPLIÓ** con el reporte de los informes.

Resultado:

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.	4	4	3
Responsable:		Leonor Milena Bambagüé Meneses			
Líder de proceso:		Jefe Oficina Asesora planeación			

Durante el primer trimestre de 2025 se cumplió con el reporte del cuarto trimestre de la vigencia 2024, el cual se socializó en sesión ordinaria de Junta Directiva del 20 de marzo de 2025, punto # 2 Socialización RIPS presentados a Secretaría de Salud del Cauca el 3 de marzo de 2025.

En acta No. 11 del 13 de agosto de 2025 de sesión de Junta Directiva, se reportó la información correspondiente al primero y segundo trimestre de la misma vigencia, y en sesión extraordinaria de Junta Directiva del 11 de diciembre, punto # 5, se socializaron los indicadores del tercer trimestre de 2025.

Teniendo en cuenta la dinámica de reportes, en la vigencia 2025 se **CUMPLE** con lo determinado en el indicador.

Resultado del indicador: 4 **CUMPLE** para la vigencia 2025

Fuente de verificación: Actas de Junta Directiva del 20/03/2025; 13/08/2025; 11/12/2025.
<https://licenciamiento.husj-my.sharepoint.com/my?id=%2Fpersonal%2Fplaneacion%5Fhospitalsanjose%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FEVIDENCIAS%20RES%20408%202025>

Indicador No 9. Resultado equilibrio presupuestal con recaudo

Presentación: Este indicador sirve para medir si los ingresos recaudados son suficientes para cubrir los gastos planificados asegurando así la estabilidad financiera. Permite determinar si existe un superávit (ingresos mayores que los gastos) o un déficit (gastos mayores que los ingresos) al comparar la ejecución presupuestaria con los ingresos realmente recaudados. Sirve como una herramienta clave para el monitoreo continuo y el ajuste del presupuesto, ayudando a corregir desviaciones y a mantener el presupuesto bajo control.

Resultado:

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	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	363.604.126.059	363.373.012.806
		Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de cuentas por pagar de vigencias anteriores)		406.342.303.306	473.230.527.704
		Resultado		0,89	0,77
Responsable:		Edison Armando Sánchez Agredo			
Líder de proceso:		A.P. Coordinación presupuesto			

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA		
Variable	2024	2025
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,4	1,19
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,89	0,77
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,29	1,13
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,7	0,63
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	9.310,74	8.328,19
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	9.232,57	8.108,1
Gasto de personal por UVR (\$)	4.903,23	4.488

El indicador de equilibrio presupuestal para la vigencia 2025 refleja un resultado de **0,77** indicando que la empresa **no alcanza** la meta establecida de ≥ 1 del Indicador de equilibrio presupuestal con recaudo. La situación financiera que actualmente viene presentando el sector salud en Colombia, correspondiente a factores estructurales del sistema de salud, que han conllevado al bajo recaudo por venta de servicios, debido a los diferentes y repetitivos inconvenientes por el pago inoportuno o no pago por parte de las EPS, presentándose de manera más habitual en las EAPB en intervención por la Superintendencia de salud, como son Nueva EPS, Asmet Salud y Emssanar entre otras.

Esta situación viene afectando la liquidez del Hospital desde el año 2024, ya que si bien es cierto el hospital viene haciendo un buen ejercicio en la venta de sus servicios de salud, las empresas responsables de pago solo pagan el 50% del valor radicado, además que continúan con el no pago de cartera correspondiente a vigencias anteriores, situación que viene incrementando la cartera de la institución, afectando la liquidez y el equilibrio financiero esperado, debido a que el Hospital debe comprometer recursos para el pago del talento humano y la adquisición de insumos y suministros y poder garantizar el funcionamiento y la prestación de los servicios.

Resultado del indicador: 0,77 **NO CUMPLE** para la vigencia 2025

Fuente de Información: Ficha Técnica SIHO 2022- Ministerio de Salud y Protección Social.
<https://prestadores.minsalud.gov.co/siho/vistas/fichasTecnicas.aspx?pageTitle=Ficha+T%u00e9cnica&pageHlp=%2fSIHO%2fayudas%2fvistas%2ffichatecnica.pdf>

Análisis técnico.

- **Desempeño financiero:** El resultado de 0.77 indica que para el año 2025, por cada peso \$1 comprometido se cuenta con 0,77 centavos para cubrir el gasto, lo que refleja un desequilibrio presupuestal.
- **Contexto institucional:** Aunque el recaudo de la vigencia actual por concepto de venta de servicios presentó una variación positiva del 38 % en relación con el año anterior, gracias a las gestiones realizadas por los diferentes procesos del hospital ante los distintos pagadores, entes de control y el ente territorial lo que ha permitido mejorar el comportamiento del recaudo corriente, el indicador se calcula sobre el total de los recaudos. En este sentido, se evidencia una disminución del 32 % en los ingresos por concepto de aportes, correspondientes a los recursos entregados por el Ministerio de Salud y Protección Social en la vigencia 2024 para la construcción de la torre de consulta externa y administrativa

Es importante mencionar que independientemente que las empresas responsables de pago cancelen solo el 50% de lo radicado, el Hospital debe comprometer su presupuesto para garantizar la prestación del servicio, razón por la que no es proporcional el gasto vs el recaudo, pues el hospital debe cancelar el 100% de sus obligaciones de acuerdo a su liquidez para garantizar el suministro de insumos y el pago al talento humano que hace posible la prestación de los servicios, independientemente del flujo de recursos por parte de las EPS.

- **Factores externos:** La intervención de EPS clave (Asmet Salud, Nueva EPS, Emssanar) por la Superintendencia de Salud, ha limitado el giro oportuno de recursos, afectando el flujo de caja.
- **Gestión de cartera:** En cuanto a las gestiones de recaudo realizadas y las medidas adoptadas por el Hospital Universitario San José de Popayán, con el fin de fortalecer la liquidez institucional, para garantizar la sostenibilidad financiera y asegurar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, se tiene la evidencia de las gestiones de cartera realizadas (como son conciliaciones de cartera, circularización, oficios de cobro, participación en las mesas en el marco de la circular 030, convocatoria a conciliaciones en derecho por intermedio de la superintendencia de salud, cobro persuasivo, reunión con diferentes representantes legales o agentes interventores de las empresas responsables de pago, suscripción de acuerdos, entre otros), pero no ha dado los resultados de recaudo esperado.

La gestión de cartera adelantada durante la vigencia 2025, además de las gestiones gerenciales, se evidencian en acciones continuas, documentadas y articuladas entre los subprocesos de venta de servicios, facturación, cuentas médicas, contabilidad y cartera, así como la interacción permanente con las EPS. La situación financiera descrita responde a factores estructurales del sistema de salud, frente a los cuales el Hospital ha actuado con diligencia, responsabilidad administrativa y enfoque en la sostenibilidad institucional y la continuidad de la prestación del servicio.

Estrategias para cumplir con el indicador en los próximos periodos.

- ✓ Mantener el monitoreo a las EPS para dar cumplimiento del mínimo de giro ordenado por las normas del sistema, teniendo en cuenta la situación coyuntural de las empresas responsables de pago, como son: EPS Asmet Salud SAS, Nueva EPS, EMSSANAR EPS, se encuentran intervenidas por la Superintendencia de Salud con medida Administrativa, y es potestad del interventor determinar el valor del giro mensual por la radicación de las cuentas de servicios de salud.
- ✓ Se continua el seguimiento a los prestadores sin acuerdo e incumplimiento de promedio de giro para requerir el pago. Revisión de títulos para citas de conciliación extrajudicial ante la Supersalud y con base en ello celebrar acuerdos en cobro pre jurídico o análisis de títulos para el inicio del cobro persuasivo.

Indicador No 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.

Presentación: 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.

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**.

Resultado:

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	0

Durante la vigencia 2025 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.

Resultado del indicador: NO CUMPLE para la vigencia 2025

Fuente de Información: Informe de Cumplimiento indicadores –SUPERSALUD NO HA CARGADO INFORMACION DE AÑO 2025

Indicador No 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.

Presentación: 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.

El Hospital Universitario San José, ha cumplido oportunamente con el cargue, validación y envío oportuno de la información establecida en el decreto 2193 de 2004, que incluye los formularios de la plataforma SIHO y los anexos o soportes correspondientes, en cada periodo de rendición de la información.

Para ello, los procesos responsables de cada formulario acorde al cronograma establecido por la Secretaría de Salud Departamental del Cauca, registran los datos en los formularios de la plataforma SIHO del periodo correspondiente, y envían los anexos que acompañan o soportan la información registrada. Los anexos o soportes son enviados por cada proceso responsable al proceso de Aseguramiento de la Calidad, quien los consolida, y en reunión de Comité de Calidad es presentada, verificada y validada, de tal forma que se constate su completitud y calidad.

La Secretaría de Salud Departamental del Cauca, realiza la revisión de la información rendida, y genera un acta de sustentación de la información, después de lo cual la institución ya puede realizar el envío oficial de los formularios SIHO al Departamento, y éste al Ministerio.

Resultado:

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 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			

Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2025 de que trata el 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
Indicador No. 11 del anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.

Nota: Se considera que una ESE presentó oportunamente la información, si los cuatro informes trimestrales de 2025 de que trata la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, fueron entregados oportunamente al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de las Direcciones Territoriales de Salud.

Departamento	Municipio	Nombre Institución	Nivel	Primer Trimestre 2025		Segundo Trimestre 2025		Tercer trimestre 2025		Cuarto trimestre 2025		Resultado Final de Cumplimiento
				Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	
Cauca	VALPARAÍSO	E.S.E. FABIO JARAMILLO LONDOÑO	1	05/06/2025	Oportuno	02/09/2025	Oportuno	05/12/2025	Oportuno	03/03/2026	Oportuno	Cumple
Casanare	YOPAL	HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E.	2	05/06/2025	Oportuno	29/08/2025	Oportuno	25/11/2025	Oportuno	25/02/2026	Oportuno	Cumple
Casanare	YOPAL	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD YOPAL	1	03/06/2025	Oportuno	29/08/2025	Oportuno	01/12/2025	Oportuno	26/02/2026	Oportuno	Cumple
Casanare	AGUAZUL	HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN HERNANDO URREGO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	1	05/06/2025	Oportuno	02/09/2025	Oportuno	27/11/2025	Oportuno	04/03/2026	Oportuno	Cumple
Casanare	TAURAMENA	E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	1	30/05/2025	Oportuno	02/09/2025	Oportuno	27/11/2025	Oportuno	26/02/2026	Oportuno	Cumple
Casanare	VILLANUEVA	RED SALUD CASANARE E.S.E.	1	03/06/2025	Oportuno	29/08/2025	Oportuno	25/11/2025	Oportuno	26/02/2026	Oportuno	Cumple
Cauca	POPAYÁN	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENQA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	2	06/06/2025	Oportuno	31/08/2025	Oportuno	04/12/2025	Oportuno	04/03/2026	Oportuno	Cumple
Cauca	POPAYÁN	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E	3	06/06/2025	Oportuno	03/09/2025	Oportuno	05/12/2025	Oportuno	06/03/2026	Oportuno	Cumple

Resultado del indicador: **ENTREGA OPORTUNA** para la vigencia 2025 en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.

Fuente de Información: *Plataforma SIHO-Ministerio de Salud y Protección Social.*
<https://prestadores.minsalud.gov.co/siho/>

AREA DE GESTIÓN CLINICA 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.

Indicador No 12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.

Presentación: El indicador evalúa la adherencia institucional a la Guía de Práctica Clínica para la atención de gestantes con hemorragias del tercer trimestre o trastornos hipertensivos, mediante la medición de la proporción de historias clínicas auditadas en las que se evidencia la aplicación estricta de la guía de manejo correspondiente. El cumplimiento de este indicador refleja el compromiso de la institución con la aplicación de

prácticas clínicas basadas en la evidencia, orientadas a reducir la morbilidad materna y perinatal, disminuir la variabilidad en la atención y fortalecer la seguridad del paciente en los servicios obstétricos.

Al cierre de la vigencia 2024, el Hospital cumple con la meta establecida, al obtener un resultado de 0,94, valor superior al estándar definido ($\geq 0,80$).

Resultado:

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	110	74
		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.		116	74
	Resultado			0.94	1
Responsable:		Marta Lucia Castillo Ossa			
Líder de proceso:		Subgerente Científica			

Para la vigencia 2025, la institución evaluó 74 historias clínicas, evidenciando la aplicación estricta de la guía en la totalidad de los casos analizados, obteniendo un resultado de 1,0, lo cual demuestra un cumplimiento óptimo del indicador.

Durante la vigencia 2024 y la vigencia 2025, la institución mantiene un alto nivel de adherencia a las Guías de Práctica Clínica en la atención materna, lo que refleja:

- ✓ Compromiso institucional con la atención obstétrica segura y basada en evidencia,
- ✓ Adecuada implementación de las guías por parte del talento humano en salud,
- ✓ Fortalecimiento de los procesos de auditoría de historia clínica y seguimiento a la calidad de la atención.

Estos resultados evidencian la consolidación de las estrategias institucionales orientadas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención materna, garantizando el cumplimiento de los estándares definidos para este indicador.

Resultado del indicador: 1 **CUMPLE** para la vigencia 2025.

Fuente de Información: Informe Coordinador de Ginecología y Obstetricia y Acta Comité de Historias Clínicas

<https://licenciamientohusj-my.sharepoint.com/my?id=%2Fpersonal%2Fplaneacion%5Fhospitalsanjose%5Fgov%5Fo%2FDocuments%2FEVIDENCIAS%20RES%20408%202025>

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

ACTIVIDADES	SEGUIMIENTO
Mantener las guías de manejo actualizadas.	Durante la vigencia se trabajó en el fortalecimiento de la aplicación de guías de manejo clínico para las principales patologías identificadas. Se realizó la revisión de las guías, las cuales están disponibles en el aplicativo Vulcano, incluyendo las relacionadas con hemorragia postparto (GUI-SC769), crisis hipertensiva y eclampsia (GUI-SC768)
Realizar inducción y re inducción.	Durante la vigencia se llevaron a cabo capacitaciones periódicas al personal asistencial 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.	Se realizó 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 optima 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.
En comité de historias clínicas evaluar los resultados y análisis de desviaciones y generar los planes de mejora.	Mejora en la seguridad del binomio madre-hijo, reduciendo la probabilidad de complicaciones graves.
	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.

Indicador No 13. Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.

Presentación: 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.

En el año 2024 se alcanzó un desempeño óptimo (1,0).

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	72	163
		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.		72	186
		Resultado		1	0,88
Responsable		Marta Lucia Castillo Ossa			
Líder del proceso		Subgerente Científica			

Para la vigencia 2025, a pesar de contar con una muestra mayor de historias clínicas y, por tanto, con un proceso de evaluación más exigente, la institución mantiene un resultado favorable (0,88), evidenciando la adecuada aplicación de la Guía de Práctica Clínica GUI-SC-609 para el manejo de la colecistitis aguda.

Al cierre de la vigencia del año 2025 la primera causa de egreso hospitalario fue “Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda”. El diagnóstico se presentó solamente en adultos y se pudo aplicar la guía de práctica clínica que corresponde a este diagnóstico. En la base de datos de Vulcano se encuentra la guía GUI-SC-609 denominada Guía de Diagnóstico y Manejo Terapéutico de la Colecistitis con fecha de 2018.

Estos resultados reflejan el fortalecimiento de la gestión clínica institucional y el compromiso con la implementación de prácticas basadas en la evidencia para el manejo de las principales causas de egreso hospitalario o morbilidad atendida. Asimismo, contribuyen a disminuir la variabilidad en la atención y a fortalecer la calidad del servicio prestado.

Resultado del indicador: 0,88 **CUMPLE** para la vigencia 2025.

Fuente de Información: Ficha técnica del Indicador y Comité de Historias Clínicas.
<https://licenciamientohusj-my.sharepoint.com/my?id=%2Fpersonal%2Fplaneacion%5Fhospitalsanjose%5Fgov%5Fo%2FDocuments%2FEVIDENCIAS%20RES%20408%202025>

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

ACTIVIDADES	SEGUIMIENTO
Mantener las guías de manejo actualizadas.	Se utiliza la herramienta institucional de evaluación de adherencia implementada en el primer semestre, aplicada a la Guía de Diagnóstico y Manejo Terapéutico de Colecistitis Aguda (GUI-SC-609), con el fin de verificar su aplicación en la atención de los pacientes y realizar seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones establecidas.

• Ajustar el procedimiento de reporte de información de reporte de CIE 10	Actualmente no se cuenta con un procedimiento interno específico para el reporte de CIE-10. La información se obtiene directamente de los egresos hospitalarios, apoyados en el sistema Dinámica y en los reportes del Centro de Monitoreo, los cuales permiten consolidar y verificar la codificación de diagnósticos de manera estandarizada.
• Realizar inducción y reinducción.	Se ejecutaron actividades de inducción y reinducción dirigidas al personal asistencial, con el fin de fortalecer la adherencia a las guías de manejo institucionales. Estas capacitaciones quedaron registradas en acta y cronograma.
• Planear, controlar y hacer seguimiento mensual al sistema de información Dinámica Gerencial, que permita identificar los pacientes con el diagnóstico.	Se realizó un seguimiento mensual al sistema de información Dinámica Gerencial, permitiendo la identificación de pacientes con diagnóstico relacionado y su respectivo análisis en los comités de historia clínica. Dicho proceso quedó soportado en las actas del comité de historia clínica y en los reportes del centro de monitoreo de diagnósticos.
• 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 realizaron auditorías retrospectivas de historias clínicas para evaluar la adherencia a la Guía de Diagnóstico y Manejo Terapéutico de Colecistitis Aguda (GUI-SC-609), correspondiente a la principal causa de egreso hospitalario.
	La evaluación se realizó mediante una herramienta institucional de adherencia aplicada a una muestra representativa de historias clínicas definida con un nivel de confianza del 95% y error del 5%. Los resultados evidenciaron un porcentaje promedio de adherencia del 90,25%, lo cual se considera satisfactorio según los criterios institucionales, permitiendo verificar la adecuada aplicación de la guía y fortalecer los procesos de mejora en la atención clínica.
• En comité de historia clínica evaluar los resultados y análisis de desviaciones y generar los planes de mejora.	En el Comité de Historia Clínica se presentaron y analizaron los resultados de la evaluación de adherencia a la guía de manejo correspondiente a la principal causa de egreso hospitalario (colecistitis aguda – GUI-SC-609). Durante las sesiones, se analizaron las desviaciones identificadas, particularmente las relacionadas con la calidad del registro diagnóstico y el uso frecuente de códigos del grupo R del CIE-10. A partir de este análisis se formularon recomendaciones y acciones de mejora orientadas al fortalecimiento del proceso de codificación diagnóstica, actualización y divulgación de las guías de práctica clínica y seguimiento periódico de la adherencia, dejando soporte de lo anterior en las actas del comité.

Indicador No 14. Oportunidad en la realización de apendicectomía.

Presentación: 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. Su medición permite valorar la oportunidad en la atención quirúrgica y monitorear el riesgo de complicaciones asociadas a la evolución de la enfermedad, como perforación apendicular, peritonitis y aumento de la estancia hospitalaria.

Durante la vigencia 2024, la institución cumple con la meta establecida, alcanzando un resultado de 0,90.

Resultado:

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
-----	----------------------	---------------------	------	------	------

14	Oportunidad en la realización de apendicectomía.	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizo la apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnostico en la vigencia objeto de evaluación/	≥0,9	582	559
		Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, en la vigencia objeto de evaluación.		642	619
		Resultado		0,9	0,9
Responsable		Marta Lucia Castillo Ossa			
Líder del proceso		Subgerente Científica			

Para el cierre de la vigencia 2025, el indicador presenta un resultado de 0,90, manteniéndose en la meta establecida en la norma, lo que confirma la continuidad en el cumplimiento de los estándares institucionales relacionados con la atención oportuna de esta patología quirúrgica.

En términos generales, el comportamiento del indicador entre las vigencias 2024 y 2025 evidencia estabilidad en el cumplimiento de la meta, reflejando la capacidad institucional para garantizar una atención quirúrgica oportuna, contribuyendo a la reducción del riesgo de complicaciones y al fortalecimiento de la calidad en la atención de urgencias quirúrgicas.

Resultado del indicador: 0,9 **CUMPLE** para la vigencia 2025.

Fuente de Información: <https://licenciamientohusj-my.sharepoint.com/my?id=%2Fpersonal%2Fplaneacion%5Fhospitalsanjose%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FEVIDENCIAS%20RES%20408%202025>

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

ACTIVIDADES	SEGUIMIENTO
Establecer estrategias en la planeación y vigilancia de protocolos prequirúrgicos, asegurando programaciones sin contratiempos que conlleven a cancelaciones repentinas.	Se fortaleció la vigilancia del cumplimiento de los protocolos prequirúrgicos, asegurando que los casos urgentes fueran priorizados según criterios clínicos. Se evaluaron los tiempos de respuesta desde el diagnóstico hasta la intervención, identificando oportunidades de mejora y retroalimentando al equipo asistencial.
Revisar periódicamente la guía de atención, capacitando y reinduciendo al personal que deba aplicarla.	Se realizaron sesiones de capacitación y reinducción dirigidas al personal médico, de enfermería y de apoyo quirúrgico, enfatizando en los criterios de oportunidad, seguridad del paciente y cumplimiento de los pasos prequirúrgicos.

• 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 realizó la implementación de estrategias para optimizar el uso de salas quirúrgicas y garantizar la disponibilidad de recursos (especialistas, anestesiólogos, equipos e insumos), lo que permitió disminuir retrasos y cancelaciones imprevistas.
• 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 dio continuidad a la implementación de la política institucional de seguridad del paciente, fortaleciendo la cultura de trabajo en equipo y la comunicación efectiva entre los miembros del equipo quirúrgico. Se realizaron sesiones de sensibilización y capacitación enfocadas en la prevención de eventos adversos, el cumplimiento del protocolo de cirugía segura, la verificación de identidad del paciente y la trazabilidad de los procedimientos.
• Realizar seguimiento al sistema de información	Se continua con la verificación del registro oportuno y confiable de la información clínica en el sistema institucional Se realizó medición a la adherencia de la aplicación de la guía de manejo 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.	Los resultados de estas auditorías permiten fortalecer el seguimiento al indicador y retroalimentar al personal asistencial para garantizar la calidad y oportunidad en la atención de los pacientes.

Indicador No 15. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.

Presentación: Este indicador busca monitorear la seguridad del paciente pediátrico, midiendo la incidencia de neumonías por broncoaspiración adquiridas dentro del hospital. Busca evaluar la calidad asistencial, identificar riesgos y mantener la meta en cero casos, o lograr variaciones interanuales.

Durante la vigencia 2024, la institución reportó 2 casos de neumonía broncoaspirativa de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos, por lo cual no se cumplió con la meta establecida.

Como acción de mejora, la institución desarrolló e implementó el Procedimiento de Atención para Neumonía Broncoaspirativa (Código: MSI-PD30), cuyo objetivo es optimizar la prevención de este evento y estandarizar el manejo seguro y eficiente de los pacientes con riesgo de aspiración.

Este procedimiento establece lineamientos institucionales para:

- Identificar factores clínicos que aumentan el riesgo de aspiración,
- Implementar medidas preventivas y correctivas para disminuir la incidencia de neumonía broncoaspirativa,

- Fortalecer las prácticas seguras relacionadas con el manejo de la vía aérea y la alimentación de pacientes hospitalizados,
- Promover la capacitación continua del personal asistencial para garantizar la correcta aplicación del protocolo.

Resultado:

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			

Para la vigencia 2025 el indicador reporta 0 casos, evidenciando cumplimiento de la meta establecida y una reducción del 100% en la incidencia interanual respecto al año 2024.

Este resultado sugiere un impacto positivo de las acciones institucionales implementadas, particularmente la adopción del procedimiento MSI-PD30 y el fortalecimiento de las prácticas seguras orientadas a la prevención del riesgo de broncoaspiración en pacientes hospitalizados.

Resultado del indicador: cero - **CUMPLE** para la vigencia 2025.

Fuente de Información: Ficha del indicador de seguridad del paciente.
<https://licenciamientohusj-my.sharepoint.com/my?id=%2Fpersonal%2Fplaneacion%5Fhospitalsanjose%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FEVIDENCIAS%20RES%20408%202025>

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

ACTIVIDADES	SEGUIMIENTO
• Planear, controlar y hacer seguimiento mensual al sistema de información Dinámica Gerencial, que permita identificar los pacientes con el diagnóstico.	Se realiza seguimiento mensual a los pacientes con diagnóstico J690 en la dinámica gerencial hospitalaria.
• Revisar periódicamente los protocolos de suministro de alimentación, suministro de NPT, capacitando y re induciendo al personal que deba aplicarlos.	Se elaboró e implementó el Procedimiento de Atención para Neumonía Broncoaspirativa (MSI-PD30), el cual establece lineamientos para la prevención del riesgo de broncoaspiración en pacientes hospitalizados.

• Mantener la estrategia de paciente trazador que permita dar continuidad a política de seguridad del paciente.	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 evalúa informe, el cual se adjunta con los resultados obtenidos.
• Evaluar los planes de acción y atender las desviaciones presentadas	Se da seguimiento a tareas a través del paquete instruccional para la prevención de broncoaspiración.

Indicador No 16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnostico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).

Presentación: El Infarto Agudo de Miocardio (IAM) constituye una urgencia médica de alta complejidad, en la cual la oportunidad en la intervención clínica es determinante para disminuir la mortalidad y las complicaciones asociadas. La atención durante la denominada “hora de oro” resulta fundamental para mejorar el pronóstico del paciente.

El indicador evalúa la proporción de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se les inició oportunamente la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo institucional y nacional, posterior a la realización del diagnóstico durante la atención hospitalaria.

De esta manera, permite medir la capacidad de respuesta institucional y el cumplimiento de las intervenciones clínicas críticas requeridas en la atención de esta patología.

Durante la vigencia 2024, la institución obtuvo un resultado del indicador de 1,0 cumpliendo con la meta establecida ($\geq 0,90$).

Resultado:

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DESCRIPTIVA	META	2024	2025
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnostico 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	159	216
		Total de pacientes con diagnóstico de egreso del Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.		159	216
		Resultado		1	1
Responsable		Marta Lucia Castillo Ossa			
Líder del proceso		Subgerente Científica			

Para la vigencia 2025, el indicador mantiene un resultado de 1,0, igualmente cumpliendo con la meta establecida, lo que demuestra la continuidad y sostenibilidad en la aplicación oportuna de las intervenciones terapéuticas definidas en la guía de manejo para el Infarto Agudo de Miocardio, reflejando una adecuada articulación de los procesos asistenciales en

los servicios de urgencias y hospitalización, así como el cumplimiento de los protocolos clínicos institucionales orientados a garantizar una atención oportuna y segura en pacientes con esta patología cardiovascular.

Resultado del indicador: 1 **CUMPLE** para la vigencia 2025.

Fuente de Información: *Ficha técnica del Indicador y Acta del Comité de Historias Clínicas.*
<https://licenciamientohusj-my.sharepoint.com/my?id=%2Fpersonal%2Fplaneacion%5Fhospitalsanjose%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FEVIDENCIAS%20RES%20408%202025>

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

ACTIVIDADES	SEGUIMIENTO
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 en la plataforma institucional "vulcano"
Realizar inducción y re inducción.	Se llevaron a cabo actividades de inducción y reinducción al personal asistencial, garantizando la apropiación de protocolos y guías institucionales.
Planear, controlar y hacer seguimiento mensual al sistema de información Dinámica Actividades a Gerencial, que permita identificar los pacientes con el diagnóstico	Se realizó un seguimiento mensual al sistema de información Dinámica Gerencial, permitiendo la identificación de pacientes con diagnóstico relacionado y su respectivo análisis en los comités de historia clínica.
Establecer auditorias 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.

Indicador No 17. Análisis de mortalidad Intrahospitalaria.

Presentación: El análisis de mortalidad intrahospitalaria constituye una herramienta fundamental para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, ya que permite revisar de manera sistemática los casos de muerte ocurridos durante la hospitalización, con el propósito de identificar factores clínicos, asistenciales y administrativos que pudieron influir en el desenlace del paciente. Evalúa la proporción de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas que son revisadas y analizadas, con el fin de determinar las causas asociadas, identificar posibles eventos adversos, establecer si la muerte fue evitable o no evitable y generar acciones de mejora orientadas a fortalecer la seguridad del paciente y la calidad del proceso asistencial. Durante la vigencia 2024, la institución obtuvo un resultado de 0,82, valor que no cumple con la meta establecida ($\geq 0,90$),

Resultado:

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	412	538
		Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.		497	538
		Resultado		0,82	1
Responsable		Marta Lucia Castillo Ossa			
Líder del proceso		Subgerente Científica			

Para la vigencia 2025, el indicador presenta un resultado de 1,0, alcanzando el cumplimiento total de la meta, con 538 casos analizados de un total de 538 muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas.

Este resultado refleja una mejora significativa en el proceso institucional de análisis de mortalidad, así como el fortalecimiento de los mecanismos de revisión clínica y el compromiso institucional con la seguridad del paciente.

Resultado del indicador: 1 **CUMPLE** para la vigencia 2025.

Fuente de Información: Informe de seguridad del paciente, Ficha técnica del Indicador y Comité de Historias Clínicas. <https://licenciamientohusj-my.sharepoint.com/my?id=%2Fpersonal%2Fplaneacion%5Fhospitalsanjose%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FEVIDENCIAS%20RES%20408%202025>

Las actividades desarrolladas para dar cumplimiento al indicador son:

ACTIVIDADES	SEGUIMIENTO
Mantener actualizados y socializados los protocolos.	Se debe elaborar y adoptar ya sea protocolo o instructivo sobre el análisis de mortalidad intrahospitalaria
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 diligencian, 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 fichas.	Desde julio 2025 se cuenta con una base de monitoreo. Se evidencian mejoras tras planes de acción con Ginecología y otros servicios.
	Continuar fortaleciendo la validación
Realizar y revisar el diligenciamiento de los certificados	Desde julio 2025 se cuenta con una base de monitoreo. Se evidencian mejoras tras planes de acción con Ginecología y otros servicios.

de nacido vivo y de realizar defunción	Continuar fortaleciendo la validación
• En el comité de análisis de mortalidad institucional evaluar las causas de la mortalidad intrahospitalaria.	El Comité Institucional de Mortalidad se realiza de forma periódica y analiza los casos reportados de mortalidad intrahospitalaria y se formulan planes de mejora con los servicios implicados.

Indicador No 18. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.

Presentación: su propósito es medir la oportunidad en la atención de salud, específicamente, cuantifica los días de espera entre la solicitud de la cita y su asignación, evaluando la eficiencia y el acceso al servicio especializado.

Durante la vigencia 2024, se obtuvo un promedio de 2,05 días, valor dentro del rango esperado.

Resultado:

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 solicito en la vigencia objeto de evaluación/	≤ 5 días	1356	1826
		Número Total de citas de pediatría de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.		659	916
		Resultado		2,05	1,99
Responsable		Marta Lucia Castillo Ossa			
Líder del proceso		Subgerente Científica			

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016)		
Variable	2024	2025
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	1,263	0,961
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	0,009	0
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	0	0,006
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0	0
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	3,2	2,505
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	2,058	1,993
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	2,031	2,048
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,876	3,404
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	3,015	2,614
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	22,743	34,413
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,987	0,989

Al cierre de la vigencia 2025, el tiempo promedio se redujo a 1,99 días, consolidando una tendencia favorable en la oportunidad de atención. Esta mejora refleja el fortalecimiento en la gestión de agendas médicas, la optimización de procesos administrativos y el aumento de disponibilidad de citas pediátricas, garantizando una respuesta oportuna a la demanda asistencial en población infantil.

Resultado del indicador: 1,99 días **CUMPLE** para la vigencia 2025.

Fuente de Información: Ficha técnica de la página web del SIHO - Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://prestadores.minsalud.gov.co/siho/vistas/fichasTecnicas.aspx?pageTitle=Ficha+T%u00e9cnica&pageHlp=%2fSIHO%2fayudas%2fvistas%2ffichatecnica.pdf>

Las actividades desarrolladas para dar cumplimiento con el indicador fueron:

ACTIVIDADES	SEGUIMIENTO
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.	La institución realiza el análisis periódico de la oferta y demanda del servicio de consulta externa de pediatría, mediante la revisión del número de citas ofertadas, el comportamiento de la demanda asistencial y los tiempos promedio de espera para la asignación de citas.
Mantener agenda disponible que garantice la oportunidad del servicio.	La agenda de los especialistas se habilita mensualmente, de acuerdo con el procedimiento establecido para la apertura de agendas especializadas. Esta apertura se realiza el día 11 de cada mes, con el propósito de garantizar la programación del mes siguiente, asegurando la disponibilidad continua de citas y la oportunidad en la atención a los usuarios.

Revisar y analizar el resultado del indicador.	Se realizó el seguimiento y análisis periódico del indicador de tiempo promedio de espera para la asignación de cita en pediatría, revisando su comportamiento durante la vigencia y comparando los resultados obtenidos frente a la meta institucional establecida.
Formular los planes de mejora y evaluar los resultados y análisis de desviaciones.	El indicador no presenta desviación y muestra un resultado favorable, dado que la meta establecida es menor a 5 días y el valor actual es de 2 días. Este comportamiento se ha mantenido de forma sostenida en el tiempo, gracias a que la capacidad instalada es suficiente para atender la demanda.

Indicador No 19. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia.

Presentación: 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, el resultado del indicador **CUMPLE** con la meta propuesta.

Resultado:

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	1598	1.552
		Número Total de citas de obstetricia de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.		866	456
		Resultado		1,84	3,4
Responsable		Marta Lucia Castillo Ossa			
Líder del proceso		Subgerente Científica			

Para el cierre de la vigencia del año 2025, el resultado es de 3,40 días lo cual determina que la ESE CUMPLE con la meta del indicador.

Resultado del indicador: 3,4 días **CUMPLE** para la vigencia 2025.

Fuente de Información: Ficha técnica de la página web del SIHO - Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://prestadores.minsalud.gov.co/siho/vistas/fichasTecnicas.aspx?pageTitle=Ficha+T%u00e9cnica&pageHlp=%2fSIHO%2fayudas%2fvistas%2ffichatecnica.pdf>

Las actividades desarrolladas para dar cumplimiento al indicador son:

ACTIVIDADES	SEGUIMIENTO
Realizar el análisis de oferta y demanda con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de obstetricia de acuerdo con los resultados obtenidos	La institución realiza el análisis periódico de la oferta y demanda del servicio de consulta externa de obstetricia, mediante la revisión del número de citas ofertadas, el comportamiento de la demanda asistencial y los tiempos promedio de espera para la asignación de citas.
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 mensualmente, de acuerdo con el procedimiento establecido para la apertura de agendas especializadas. Esta apertura se realiza el día 11 de cada mes, con el propósito de garantizar la programación del mes siguiente, asegurando la disponibilidad continua de citas y la oportunidad en la atención a los usuarios.
Revisar y analizar el resultado del indicador.	Se realizó el seguimiento y análisis periódico del indicador de tiempo promedio de espera para la asignación de cita en obstetricia, revisando su comportamiento durante la vigencia y comparando los resultados obtenidos frente a la meta institucional establecida.
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 5 días y el valor actual corresponde a 3,40 días. Este comportamiento se ha mantenido de forma sostenida en el tiempo, debido a que la capacidad instalada es suficiente para cubrir la demanda.

Indicador No 20. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.

Presentación: 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 está en el parámetro determinado en la meta, en tal sentido, la Institución CUMPLE.

Resultado:

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 solicito en la vigencia objeto de evaluación. /	≤ 15 días	4163	2.983
		Número Total de citas de medicina interna de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.		1301	1.191
		Resultado		3,19	2,5
Responsable		Marta Lucia Castillo Ossa			
Líder del proceso		Subgerente Científica			

Al cierre de la vigencia del año 2025 el resultado fue de 2,50 días lo cual CUMPLE la meta. La disminución en el tiempo de espera evidencia una efectiva gestión del proceso de asignación de citas, impactando positivamente la oportunidad y continuidad de la atención médica. Se recomienda mantener las estrategias implementadas y continuar el seguimiento trimestral para garantizar la sostenibilidad de la mejora alcanzada.

Resultado del indicador: 2,5 días **CUMPLE** para la vigencia 2025.

Fuente de Información: Ficha técnica de la página web del SIHO - Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://prestadores.minsalud.gov.co/siho/vistas/fichasTecnicas.aspx?pageTitle=Ficha+T%u00e9cnica&pageHlp=%2fSIHO%2fayudas%2fvistas%2ffichatecnica.pdf>

Las actividades desarrolladas para dar cumplimiento al indicador son:

ACTIVIDADES	SEGUIMIENTO
• Realizar el análisis de oferta y demanda con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de pediatría de acuerdo con los resultados obtenidos.	La institución realiza el análisis periódico de la oferta y demanda del servicio de consulta externa de medicina interna, mediante la revisión del número de citas ofertadas, el comportamiento de la demanda asistencial y los tiempos promedio de espera para la asignación de citas.
• 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 realizó el seguimiento y análisis periódico del indicador de tiempo promedio de espera para la asignación de cita en medicina interna, revisando su comportamiento durante la vigencia y comparando los resultados obtenidos frente a la meta institucional establecida
• 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 la vigencia del año 2025 es de 2,50 días, muy por debajo del umbral definido. Este resultado constituye un comportamiento positivo que evidencia que la oportunidad en la atención es óptima.

4. CONSOLIDADO INDICADORES POR AREA DE GESTIÓN VIGENCIA 2025

REA DE GESTIÓN	NOMBRE DEL INDICADOR	RESULTADO 2025	META	2025 CUMPLE
DIRECCION Y GERENCIA	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1,18	Certificación en Acreditación	SI
	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	0,97	≥ 0,90	SI
	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	0,91	≥ 0,90	SI
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	Riesgo fiscal y financiero	Sin riesgo	NA	SI
	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida	0,79	<0,88	SI
	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas; b) compras a través de cooperativas de ESEs; c) compras a través de mecanismos electrónicos	0	≥ 0,7	NO
	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	674.533.534,17	≤0	NO
	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS	4	4	SI
	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	0,77	≥ 1	NO
	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	Cumplimiento dentro de los términos previstos	NO
	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	Cumple	Cumplimiento dentro de los términos previstos	SI
CLINICA O ASISTENCIAL	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	1	≥ 0.80	SI
	Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	0,88	≥ 0.80	SI
	Oportunidad en la realización de apendicectomía.	0,9	≥ 0.90	SI
	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	0	≤0	SI

	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).	1	≥ 0.90	SI
	Análisis de mortalidad Intrahospitalaria.	1	≥ 0.91	SI
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	1,99	≤ 5 días	SI
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	3,4	≤ 8 días	SI
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	2,5	≤ 15 días	SI

Para la vigencia 2025, de un total de 20 indicadores evaluados, 16 (80%) de ellos, cumplen con la meta establecida según la resolución 408 de 2018, 3 no alcanzan la meta (15%) y 1 No Aplica (5%)

5. PROPUESTA CALIFICACIÓN EVALUACION PLAN DE GESTION GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN - VIGENCIA 2022

ANEXO TECNICO No 4 - RESOLUCIÓN 743 DE 2013 MODIFICADA POR LA RESOLUCION 408 DE 2018 Y RESOLUCION 1097 DE 2018

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Formula del indicador		Estándar para cada año	Resultado del periodo evaluado (Año 2025)	calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I,II y III	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas CON AUTOEVALUACIÓN en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de Autoevaluación en la Vigencia Evaluada/ Promedio de calificación Autoevaluación Vigencia Anterior.		>=1,20	1,18	5	0,05	0,25
	2	Nivel I,II y III	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	Relación de No. Acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria		>= 0,9	0,98	5	0,05	0,25
	3	Nivel I,II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	No. metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / No. Metas Plan Operativo Anual Programadas en la vigencia objeto de evaluación.		>= 0,9	0,91	5	0,10	0,5
Financiera y Administrativo	4	Nivel I,II y III	Riesgo Fiscal y Financiero	Categorización de la ESE por parte del MS y PS en cuanto a la categorización del riesgo	RIESGO ALTO	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Sin Riesgo	5	0,057	0,285
					RIESGO MEDIO					
					RIESGO BAJO					
					SIN RIESGO					

	5	Nivel I,II y III	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 evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia anterior)]	< 0,90	0,88	5	0,057	0,285
	6	Nivel I,II y III	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos (a) Compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de ESE (c) Compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de las ESE por material médico quirúrgico en la vigencia evaluada	>= 0,7	NA	NA	NA	0
	7	Nivel I,II y III	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 la vigencia objeto de la evaluación / (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 del objeto de evaluación)-(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 diciembre de la vigencia anterior	Cero (0) o variación negativa	Cero (0)	0	0,057	0

	8	Nivel I,II y III	Utilización de información de Registro individual de prestaciones _RIPS	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.		4	4	5	0,057	0,285
	9	Nivel I,II y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia, (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo c x p de vigencias anteriores.		>=1	0,77	0	0,057	0
	10	Nivel I,II y III	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.	NO	Cumplimiento dentro de los términos previstos	NO	0	0,057	0
					SI					
	11	Nivel I,II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	NO	Cumplimiento dentro de los términos previstos	SI	5	0,057	0,285
					SI					

Gestión Clínica o asistencial 40%	12	Nivel III	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 / Numero de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas en la ESE con diagnóstico de hemorragias de tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,8$	1	5	0,07	0,35
	13	Nivel III	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/ Total de historias clínicas auditadas el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad tendida en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,8$	0,88	5	0,05	0,25
	14	Nivel III	Oportunidad en la realización de apendicetomía.	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizo la apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnostico atendida en la vigencia objeto de evaluación./ Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,9$	0,9	5	0,05	0,25

	15	Nivel III	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Número de pacientes pediátricos con neumonías Broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías Broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	Cero (0) o variación negativa	0	5	0,05	0,25
	16	Nivel III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).	No. 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 objeto de la evaluación/ Total de pacientes con diagnóstico de egreso del Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de la evaluación	$\geq 0,9$	1	5	0,05	0,25
	17	Nivel III	Análisis de mortalidad Intrahospitalaria.	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación/Total muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,9$	1	5	0,05	0,25
	18	Nivel III	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. / Número Total de citas de pediatría de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación	≤ 5 días	1,99	5	0,03	0,15

	19	Nivel III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en 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/ Número Total de citas de obstetricia de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	<=8 días	3,4	5	0,03	0,15
	20	Nivel III	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 solicito en la vigencia objeto de evaluación. / Número Total de citas de medicina interna de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	<=15 días	2,5	5	0,02	0,1
CALIFICACION TOTAL									4,14
EQUIVALENCIA									82,80



LEONOR MILENA BAMBAGÜÉ MENESES
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Revisó: Leonor Milena Bambagüé Meneses - Jefe Oficina Asesora de Planeación
Proyectó: Luis Felipe Muñoz Hurtado - Enfermero Grado 1 Planeación