

## **INFORME DE GESTION GERENCIAL**

**VIGENCIA 2025**

**PRESENTADO POR:**

**ESTEBAN LOPEZ BURBANO**

**GERENTE E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ**

**PRESENTADO A:**

**JUNTA DIRECTIVA ESE HOSPITAL**

**ALCIDES JIMÉNEZ**

**PUERTO CAICEDO - PUTUMAYO**

**MARZO 2026**

## TABLA DE CONTENIDO

### Contenido

INTRODUCCION: .....	4
1. OBJETIVO: .....	5
2. ALCANCE: .....	5
3. DESARROLLO .....	5
3.1 GESTIONES LOGRADAS:.....	5
3.2 METODOLOGÍA .....	9
3.3 DIRECCION Y GERENCIA: .....	10
3.3.1 MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR .....	10
3.3.2 EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.....	12
3.3.3 GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.....	13
3.4 FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA: .....	15
3.4.1 RIESGO FISCAL Y FINANCIERO .....	15
3.4.2 EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO .....	16
3.4.3 PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO – QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: COMPRAS CONJUNTAS, COMPRAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS. ....	18
3.4.4 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. ....	19
3.4.5 UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS .....	21
3.4.7 RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO.....	23
3.4.8 OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.....	24
3.4.9 OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016.....	25
3.5 CLINICA / ASISTENCIAL: .....	26

3.5.1 PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN.....	26
3.5.2 INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA E.S.E. ....	28
3.5.3 EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA.....	29
3.5.4 EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. ....	31
3.5.5 PROPORCIÓN DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS. ....	33
3.5.6 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL. ....	34
4. MATRIZ DE CALIFICACION .....	36
5. NIVEL DE EVALUACIÓN: .....	41
6. CONCLUSIONES: .....	41
7. RECOMENDACIONES: .....	42

## INTRODUCCION:

El municipio de Puerto Caicedo es un municipio joven, prospero ubicado en el medio putumayo que basa su economía en dos actividades principales que dan vida al sustento de los Caicedenses. La primera actividad económica que ejercen los habitantes del municipio se centra en las labores del campo, la agricultura, la ganadería, la extracción de madera, la cría y el levante de especies menores. La segunda actividad económica es el comercio y los servicios que mayoritariamente se concentran en la parte urbana.

El municipio de Puerto Caicedo es un municipio que se caracteriza por tener una población dispersa ubicada en sus 7 inspecciones y 69 veredas, dedicada a las labores agropecuarias y comerciales. En el municipio se cuenta con la presencia de 4 pueblos indígenas a quienes se les garantiza una atención diferencial, respetando sus usos, creencias y costumbres.

El municipio de Puerto Caicedo tiene una proyección de población según DANE para el año 2025 de 17.244 habitantes de ellos 8.232 es decir el 47.7% son mujeres y 9.012 es decir el 52.3% son hombres. Respecto a la distribución poblacional el 19.3% de la población son menores de 12 años, el 11.9% son población de 18 a 24 años, el 9.4% están entre 12 a 17 años, el 9.3% de 25 a 29 años y el 8.4% tienen entre 30 y 34 años. Lo que quiere decir que la población del municipio es una población con predominio joven.

La E.S.E. Hospital Alcides Jiménez es la institución pública de primer nivel de complejidad responsable de prestar los servicios de salud a la comunidad del municipio, para lo cual cuenta con recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros para cubrir los servicios de salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de evaluar la gestión y cumplimiento de los gerentes en sus instituciones por la prestación de servicios de salud seguros, de calidad y con sostenibilidad financiera, define en la resolución 710 del 2012 y 408 del 2018 la metodología para presentar el informe anual de gestión gerencial.

A continuación, se presenta el Informe de Gestión Gerencial de la E.S.E Hospital Alcides Jiménez durante la vigencia 2025, a través de la descripción de los indicadores del área de dirección y gerencia, financiera y administrativa y gestión clínica / asistencial.

## 1. OBJETIVO:

Presentar a la Honorable Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez el Informe de Gestión Gerencial correspondiente a la vigencia 2025, mediante la descripción de los logros alcanzados con el fin de identificar fortalezas y oportunidades de mejora en la calidad de los servicios de salud, la eficiencia en la prestación de los servicios y la sostenibilidad financiera para su sostenimiento en el sistema general de seguridad social en salud.

## 2. ALCANCE:

El presente informe tiene un alcance del 1 de enero a 31 de diciembre de 2025 a los servicios y procesos que por nivel de complejidad le apliquen los indicadores descritos en la resolución 408 de 2018.

## 3. DESARROLLO

Mediante acto administrativo de la Gobernación del Putumayo: Decreto de Nombramiento 102 del 27 de Marzo de 2024 y Acta de Posesión No. 412 del 27 de Marzo de 2024 el Dr. Jhon Gabriel Molina asigna al Dr. Esteban López Burbano como gerente de la E.S.E Hospital Alcides Jiménez para la vigencia 2024 – 2027, tiempo durante el cual el equipo de trabajo liderado por el Dr. Esteban López Burbano ha realizado la planeación y ejecución de los servicios con una cobertura urbana y rural, mejorando la accesibilidad, oportunidad e integralidad de las atenciones.

### 3.1 GESTIONES LOGRADAS:

Durante la vigencia 2025 la institución logro los siguientes proyectos para el fortalecimiento y el mejoramiento de los servicios de salud:

#### **AMBULANCIA BASICA:**

Contando con el apoyo del Ministerio de Salud se logró adquirir una ambulancia de transporte básico, identificada con placas PUR422 que inició su operatividad a partir del mes de octubre de 2025.

## **PLANTA ELECTRICA:**

Con el apoyo de la Gobernación del Putumayo y la Secretaria de Salud Departamental la institución logró gestionar una planta eléctrica de características:

Generador eléctrico con potencia nominal de 180 kW - 225 kVA

Voltaje de 220 VAC

Corriente: 472 A@kW

Con silenciador y cabinada.

Frecuencia: 60Hz

Transferencia automática de 160 A

La planta eléctrica entró en operación a partir del mes de diciembre de 2025, como parte de las estrategias institucionales para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud. Este equipo cumple una función esencial como fuente de respaldo energético, activándose de manera automática ante fallas o interrupciones en el suministro de energía eléctrica proveniente de la red pública. Su operación permite mantener en funcionamiento continuo todos los servicios habilitados de la institución, incluyendo áreas críticas como urgencias, hospitalización, consulta externa, laboratorio clínico, cadena de frío de biológicos, equipos biomédicos y demás dependencias asistenciales y administrativas.

El generador está diseñado para soportar la carga total de la infraestructura hospitalaria, garantizando condiciones seguras y estables de energía, lo cual contribuye directamente a la seguridad del paciente, la integridad de los equipos biomédicos y la calidad en la atención en salud.

En este sentido, el generador eléctrico de 225 kVA se constituye como un componente fundamental dentro del sistema de apoyo hospitalario, asegurando la continuidad operativa de la E.S.E. ante contingencias relacionadas con el suministro eléctrico

## **REMODELACION Y ADOTACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LOS PUESTOS DE SALUD DE ARIZONA Y EL CEDRAL.**

La E.S.E. Hospital Alcides Jiménez con apoyo de la Secretaria de Salud Departamental, en cumplimiento de su misión institucional y con el propósito de fortalecer la prestación de los servicios de salud en las zonas rurales, llevó a cabo la adecuación y mejoramiento integral de la infraestructura de los puestos de salud ubicados en los corregimientos de El Cedral y Arizona.

Las intervenciones realizadas contemplaron el mejoramiento general de las condiciones físicas de las instalaciones, incluyendo adecuaciones en áreas asistenciales y administrativas, optimización de espacios, mejoramiento de redes eléctricas, hidráulicas y sanitarias, así como acciones orientadas a garantizar condiciones seguras, funcionales y acordes con los estándares de calidad exigidos para la prestación de servicios de salud.

De igual manera, se realizó la dotación de equipos biomédicos e industriales necesarios para la adecuada operación de los servicios, incorporando tecnología que permite mejorar la capacidad resolutive en estos puntos de atención. Dentro de dicha dotación se incluyó la instalación de plantas eléctricas, una para cada puesto de salud, con el fin de asegurar un suministro de energía continuo y estable, garantizando así la operación ininterrumpida de los servicios y la protección de los equipos.

Estas acciones contribuyen significativamente al fortalecimiento de la red de prestación de servicios de salud en el área rural, mejorando el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención para la población de los corregimientos de El Cedral y Arizona.

## **DOTACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LA E.S.E**

La E.S.E Hospital Alcides Jiménez con el apoyo de la Secretaria de Salud Departamental con el animo de fortalecer la prestación de servicios logro adquirir los siguientes equipos biomédicos:

- 1 Incubadora Neonatal
- 1 Incubadora de Transporte
- 4 Monitores de Signos Vitales
- 6 Bombas de Infusión
- 2 Camas Electricas Adultos

- 8 Camillas
- 4 Cama Cuna Eléctrica Infantil
- 2 Sillas de Ruedas
- 10 Atriles
- 4 Doppler
- 2 Nebulizadores
- 3 Monitores Fetales
- 3 Bascula Adulto Digital
- 1 Centrífuga
- 1 Microscopio
- 2 Laringoscopios
- 6 Fonendoscopios
- 4 Equipos de Órganos de Pared
- 2 Equipos de Órganos Portátil
- 6 Basculas Pediátricas
- 5 Infantometro
- 4 Oxímetros de Pulso
- 1 Elíptica Magnética
- 1 Camidora Eléctrica
- 2 Unidades Odontológicas
- 10 Cintas Métricas
- 7 Tensiómetros
- 5 Succionadores

### **CONSTRUCCION DEL PARQUEADERO E INGRESO A URGENCIAS:**

Con el apoyo de la Secretaria de Salud Departamental se logran los recursos para la construcción del parqueadero con el fin de mantener en mejores condiciones el parque automotor de la institución y el ingreso al servicio de urgencias.

### 3.2 METODOLOGÍA

El presente informe de gestión se basa en la metodología descrita en la Resolución 710 de 2012 y Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud mediante el análisis de indicadores de gestión agrupados en tres componentes:

<b>AREA ESTRATÉGICA</b>	<b>No. DE INDICADORES POR AREA</b>	<b>INDICADORES QUE LE APLICAN A LA INSTITUCIÓN</b>
Dirección y Gerencia	3	1,2,3
Financiera y Administrativa	7	5,6,7,8,9,10 y 11
Cínica / Asistencial	6	21,22,23,24,25,26.

En primer lugar, se solicita a los coordinadores de procesos los informes necesarios para el levantamiento de la información, RIPS, perfil de morbilidad, evaluaciones de adherencia, informes financieros, reportes de prestación de servicios de salud, certificaciones, entre otros.

Posteriormente se realiza el respectivo análisis y elaboración del soporte de cada indicador según lo definido en la fuente de información del anexo 02 de la Resolución 408 de 2018.

De los 30 indicadores contenidos en la Resolución 408, 16 le corresponden a la E.S.E por su nivel de complejidad.

En el análisis de cada indicador se describe la formula, la fuente de información, el resultado y la meta. Luego se realiza la evaluación cuantitativa de cada indicador según el resultado obtenido y los rangos de calificación descritos en el Anexo Técnico 03. Posteriormente se multiplicado el resultado de cada indicador por la ponderación descrita en el Anexo 03. Finalmente se realiza la sumatoria de los resultados de la ponderación de cada uno de los indicadores y el resultado general se ubica en la escala de resultados según lo descrito en el Anexo Técnico 05.

A continuación, se presenta el análisis de cada indicador de la vigencia 2025, descritos por áreas.

### 3.3 DIRECCION Y GERENCIA:

En el área estratégica de dirección y gerencia se presentan tres indicadores, indicadores a través de los cuales se puede evidenciar el compromiso desde la alta gerencia por la ejecución de proyectos estratégicos que impulse el desarrollo institucional, la implementación del Sistema de Gestión de Calidad que conduzca al mejoramiento continuo de los servicios y el cumplimiento progresivo de los estándares superiores de calidad.

#### 3.3.1 MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR

Uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud es el Sistema Único de Acreditación. Mediante la Resolución 2082 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social se dictan las disposiciones para la Operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud, que en su artículo 6 define: “Las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público deberán implementar la etapa de preparación para la acreditación, utilizando para el efecto los correspondientes manuales de acreditación, adoptados por este Ministerio”.

Siguiendo lo descrito anteriormente la E.S.E Hospital Alcides Jiménez realiza su proceso de preparación para la acreditación, para ello conforma los equipos de mejoramiento para el ciclo de preparación mediante la Resolución 152 del 8 de abril del 2025. Posteriormente se realiza la capacitación en autoevaluación de los estándares del Sistema Único de Acreditación y su respectiva calificación según la hoja radar.

Con la participación del equipo de autoevaluación se realiza el ejercicio comparativo con los estándares de acreditación definidos en el Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario establecidos en la Resolución 5095 de 2018 y los estándares para instituciones de baja complejidad contemplados en la Resolución 1328 de 2021.

Los resultados de la autoevaluación por cada grupo de estándares fueron:

GRUPO DE ESTANDARES	RESULTADO POR GRUPO
PACAS	1,34
DIRECCION	1,22
GERENCIA	1,48
TALENTO HUMANO	1,37

AMBIENTE FISICO	1,44
GESTION DE LA TECNOLOGÍA	1,27
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	1,26
MEJORAMIENTO CONTINUO	2,10
<b>TOTAL</b>	1.4

Al realizar el análisis comparativo con los resultados alcanzados entre la vigencia 2024 y 2025 se puede observar como la institución viene desarrollando acciones de mejora en la parte documental de sus procesos.

FORMULA DEL INDICADOR	APLICACIÓN DE LA FORMULA	RESULTADO	META
Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia anterior.	$1.4 / 1.1 =$	1.27	Mayor o Igual a 1.20
Fuente de Información	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior.		

Se adjunta en la memoria que hace parte del presente informe la autoevaluación del Sistema Único de Acreditación de la vigencia 2024 y 2025.

#### **FORTALEZAS:**

- Existe el compromiso gerencial por mejorar los servicios de salud a través de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
- La E.S.E cuenta con un equipo de mejoramiento sensibilizados y comprometido con el desarrollo de acciones de mejora que minimicen la brecha hacia la calidad esperada.

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

- Para estandarizar procesos seguros es necesario actualizar y automatizar el Sistema de Gestión de Calidad de la institución.
- Los equipos de mejoramiento requieren capacitación para avanzar en el ciclo de preparación de acreditación.

- Es necesario fortalecer el proceso de Gestión de Calidad de la organización con los recursos que se requieren: económicos, humanos, tecnológicos y de infraestructura.

### 3.3.2 EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

El segundo indicador del área de Dirección y Gerencia corresponde al componente de PAMEC del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, específicamente la Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud. Para el desarrollo de este componente la E.S.E Hospital Alcides Jiménez realizó su proceso de autoevaluación con enfoque de acreditación. En total se evaluaron 201 estándares, se priorizaron 143 acciones de mejora y se ejecutaron 130, alcanzado así el 90% de ejecución.

Para lograr este resultado se contó con la coordinación y el liderazgo del auditor referente de PAMEC y los coordinadores de procesos.

FORMULA DEL INDICADOR	APLICACIÓN DE LA FORMULA	RESULTADO	META
Relación del número de acciones de mejora ejecutadas, derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de Auditoria registrados en el PAMEC	130 / 143	0,90	Mayor o Igual a 0,9
Fuente de Información	Certificado Superintendencia Nacional de Salud.		

En el anexo 01 se adjunta en medio magnético el certificado de la Superintendencia Nacional de Salud.

### FORTALEZAS

- El Auditor Pamec de la institución se caracteriza por ser un líder que guía con el ejemplo, inspirando confianza y motivación en su equipo para alcanzar objetivos comunes. Posee habilidades para trabajar en grupo, una visión clara de los objetivos, inteligencia emocional,

empatía y habilidades de comunicación efectiva que hacen que los coordinadores se sientan motivados y respaldados en la ejecución de las acciones de mejora.

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

- Es necesario que la institución realice procesos de referenciación con instituciones de igual o mayor nivel de complejidad que aporte en la visión y la ejecución de acciones de mejora.
- Con el objetivo de avanzar en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad es necesario que los líderes de procesos inicien formación como auditores internos, esto facilita el empoderamiento, fomenta la comprensión de los objetivos instituciones, la mejora continua para alcanzarlos, identifica debilidades, estandariza procedimientos, fortalece la cultura de calidad mejora la competitividad y los resultados de la organización.

#### **3.3.3 GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.**

La institución presentó en julio de 2024 el Plan de Desarrollo Institucional, el cual fue aprobado por la Junta Directiva mediante acuerdo No. 024 del 18 de diciembre del 2024. El plan de desarrollo se formuló a través de siete estrategias, siete objetivos estratégicos y 34 acciones con sus indicadores y metas.

<b>ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES</b>	<b>OBJETIVOS ESTRATEGICOS</b>
Salud Fortalecida y Evaluada Permanentemente	Implementar mejores servicios de salud seguros y humanizados, a través del desarrollo de proyectos intra y extramurales, haciendo énfasis en la promoción y prevención, bajo parámetros actualizados de la estrategia Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y la Política de Atención Integral de salud (PAIS), verificando siempre la satisfacción en el servicio por parte del usuario y su familia.
Ruta hacia los Servicios de Salud con Excelencia y la Prevención del Riesgo Clínico.	Prestar servicios de salud seguros, con calidad y eficiencia minimizando el riesgo para todos y cada uno de los que intervienen en los procesos de atención
Trato Digno a todos los Usuarios y Vocación del Servicio a la Comunidad como Cultura Institucional Propia del Sector Público	Construir una cultura de Humanización de la atención en salud armonizando el conocimiento, el desarrollo científico, tecnológico y el afecto hacia el ser humano

Institución Eficiente y Rentable Económicamente	Mejorar integralmente los procesos asistenciales y administrativos que permitan anticiparse oportunamente al riesgo clínico y económico
Tecnología e Innovación como un Factor Determinante en la Buena Salud.	Gestionar tecnología adecuada e innovadora que garantice la eficiencia en los procesos de atención en salud
Cultura Institucional Viva y Activa en Todos los Actores que Conforman la E.S.E Hospital Alcides Jiménez.	Consolidar la E.S.E. como una institución líder en buenas prácticas de gobierno corporativo y gestión pública
Responsabilidad Social y Ambiental como Aporte al Desarrollo de la Comunidad	Fortalecer estrategias de participación comunitaria a través de la responsabilidad social y ambiental

El Plan Operativo Anual de la vigencia 2025 contiene 34 acciones, con sus respectivos indicadores y metas. La organización, ejecución y seguimiento estuvo bajo el profesional responsable de Planeación. De las 34 acciones programadas se lograron ejecutar 29, alcanzando un porcentaje del 85%. Este resultado sucede luego de un proceso de sensibilización, entrega de responsabilidades, trabajo en equipo, coordinación y seguimiento.

FORMULA DEL INDICADOR	APLICACIÓN DEL INDICADOR	RESULTADO	META
Número de Metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de Metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	29 / 34	0.85	Mayor o Igual a 0.90
Fuente de Información:	Informe del responsable de planeación de la E.S.E.		

Se adjunta el Informe de Ejecución del Plan Operativo Anual y en la memoria que hace parte del presente informe, los Soportes Informe de Ejecución del Plan Operativo Anual.

#### **FORTALEZAS:**

- Desde la alta gerencia se realizan gestiones a nivel nacional y departamental para cumplir los objetivos estratégicos a través de proyectos como la ambulancia básica, la

dotación de equipos biomédicos, remodelación del puesto de salud, adquisición de planta eléctrica y construcción de parqueadero e ingreso a urgencias.

- Desde el área de planeación se realiza la coordinación y seguimiento a la ejecución del Plan Operativo Anual.

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

- Es necesario actualizar el Plan de Desarrollo según lo dispuesto en los planes de desarrollo nacional y departamental.

### **3.4 FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:**

El área Financiera y Administrativa está compuesta por 7 indicadores, todos aplicables a la E.S.E. A continuación, se describe cada indicador.

#### **3.4.1 RIESGO FISCAL Y FINANCIERO**

Para garantizar el flujo de recursos que requiere la institución para su operatividad, desde la alta gerencia se ha organizado los procesos de facturación, radicación, auditoría de cuentas, cartera y tesorería.

La Resolución 1438 del 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social, en su artículo 80 establece: “Determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado. El Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la presente ley”.

Desde el año 2014 la E.S.E. se encuentra clasificada por el Ministerio de Salud y Protección Social: Sin Riesgo.

Para la vigencia 2025 el Ministerio de Salud y Protección Social clasifica a la E.S.E Hospital Alcides Jiménez: Sin Riesgo. Por lo tanto, el indicador 4 no aplica. Teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 743 de 2012: “Cuando uno de los indicadores no sea aplicable a la Empresa Social del Estado, la ponderación establecida en el anexo No. 3 se distribuirá

equitativamente entre los demás indicadores que se encuentren dentro de dicho componente”, de tal manera que los indicadores del área Financiera y Administrativa tendrán una ponderación de: 0,057

FORMULA DEL INDICADOR	APLICACIÓN DEL INDICADOR	RESULTADO	META
Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Fuente de Información:	Acto Administrativo a través del cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.		

#### **FORTALEZAS:**

- El equipo financiero de la E.S.E se ajusta a los cambios normativos y de procesos generados durante la vigencia.

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

- Es necesario que el equipo financiero, especialmente de facturación, radicación y cartera reciba capacitación y actualización sobre su proceso.
- En el proceso de mejoramiento continuo se requiere que el proceso de facturación y radicación realice referenciación competitiva.

#### **3.4.2 EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO**

El indicador de evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR) es un indicador financiero–asistencial que evalúa cómo cambia el costo promedio de la atención en salud en relación con la producción de servicios, ajustando por complejidad, es decir evalúa si el gasto en salud está creciendo, disminuyendo o manteniéndose estable en función de las unidades relativas de producción (URP), que representan la carga o complejidad de los servicios prestados.

Si el resultado es mayor a 0 indica que el gasto por unidad aumentó y significa menor eficiencia o aumento de gastos.

Si el resultado es menor a 0 indicad que el gasto por unidad disminuyó y significa mejora en la eficiencia o control del gasto.

Durante el año 2025 se incrementaron los gastos de operación y funcionamiento por proyectos y acuerdos interinstitucionales como PIC municipal, departamental, equipos básicos en salud, Frisco - Camad y no repetición que han requerido incrementar el Talento Humano en salud.

El mayor valor asumido por los gastos necesarios para el funcionamiento y la operatividad de la Institución, así como la disminución en el número de UVR producidas durante la vigencia 2025, arrojan un resultado de gasto por unidad de valor relativo de 1.06.

FORMULA DEL INDICADOR	APLICACIÓN DEL INDICADOR	RESULTADO	META
(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de 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)	58.930,29 / 55.031,1	1.07	< 0,90
Fuente de Información:	Ficha Tecnica de la Pagina Web SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.		

En el anexo 02 se adjunta la Ficha Tecnica de la Pagina Web SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

#### **FORTALEZAS:**

- El profesional responsable de estadística lleva de manera organizada la información correspondiente a la Unidades Producidas por cada servicio.

## OPORTUNIDADES DE MEJORA:

- Los coordinadores de procesos deben llevar un registro de las actividades realizadas en su servicio, para que mensualmente se realice la revisión comparativa con lo registrado en el software SIHOS con el fin de identificar diferencias e implementar las acciones de mejora correspondientes.
- Es necesario que se realice la revisión de los procedimientos que se encuentran parametrizados en el software SIHOS para identificar las actividades que se estén ejecutando, pero no se estén facturando.

### 3.4.3 PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO – QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: COMPRAS CONJUNTAS, COMPRAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS.

La institución durante el año 2025 adquirió medicamentos y material médico – quirúrgico para el desarrollo de sus procesos misionales por un valor de \$808.189.439, sin embargo, las compras no se realizaron por los mecanismos de compras conjuntas, compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado o compras a través de mecanismos electrónicos.

FORMULA DEL INDICADOR	APLICACIÓN DEL INDICADOR	RESULTADO	META
Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada, mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas, b) Compras a través de cooperativas de E.S.E, c) Compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la E.S.E por	0 / 808.189.439	0	Mayor o Igual a 0.70

medicamentos y material médico – quirúrgico en la vigencia evaluada.			
Fuente de Información:	Certificación suscrita por el contador.		

En el anexo 03 se adjunta la Certificación suscrita por el contador y el responsable de control interno de la E.S.E.

#### **FORTALEZAS:**

- La institución cuenta con el servicio farmacéutico bajo la dirección técnica de la regente de farmacia quien se encarga de seleccionar, recepcionar, almacenar, distribuir, dispensar y realizar la desnaturalización final de medicamentos y dispositivos médicos.
- El servicio farmacéutico fue remodelado y actualmente cuenta con un mobiliario inteligente que optimiza el espacio, la organización y ubicación de los medicamentos y dispositivos médicos.

#### **OPORTUNIDAD DE MEJORA:**

- Realizar las gestiones y contactos necesario para que en la vigencia 2026 se realice la compra de medicamentos por alguno de los mecanismos descritos en el indicador.

#### **3.4.4 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.**

Dando cumplimiento al objetivo institucional del bienestar laboral, la institución planifica de manera puntual y organizada el proceso de pago de los trabajadores y colaboradores, por ello se realiza un cronograma para la entrega oportuna de cuentas de cobro, revisión de informes y pagos los diez primeros días del mes siguiente. Al finalizar la vigencia la institución no tiene monto de deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios.

FORMULA DEL INDICADOR	APLICACIÓN DEL INDICADOR	RESULTADO	META
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 / (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) - (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)	0 / 0	0	0 o Variación Negativa
Fuente de Información:	Certificación suscrita por el contador y el responsable de control interno de la E.S.E.		

En el anexo 04 se adjunta la Certificación suscrita por el contador de la E.S.E.

#### **FORTALEZAS:**

- El tener contratos de cápita favorece el ingreso oportuno del recurso financiero.
- Desde la alta gerencia se ha dado prioridad al pago de los trabajadores frente a otras responsabilidades financieras.

## **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

- Es necesario que de manera mensual se realice la evaluación de cumplimiento de actividades y metas con el fin de evitar las debitaciones y descuentos que afecten el flujo de caja de la institución.

### **3.4.5 UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS**

El análisis de los Registros Individuales de Prestación de los Servicios es una herramienta estratégica para la planeación de los servicios, la evaluación de la demanda, el monitoreo de indicadores, la productividad de los servicios y el fortalecimiento del mejoramiento continuo institucional. De manera organizada al finalizar cada trimestre, el profesional responsable de estadística exporta la información de perfil de morbilidad, eventos de interés en salud pública, nacimientos, defunciones y productividad de cada servicio, para que en conjunto con el coordinador de área analizarlos, identificar oportunidades de mejora y finalmente socializarlos ante la Junta Directiva de la E.S.E

En el año 2025 se socializó a la Honorable Junta Directiva el Informe de Prestación de Servicios RIPS correspondiente al primer trimestre el día 15 de Julio de 2025, tal como consta en el Acta de Sesión Ordinaria 006, el Informe de segundo trimestre se socializó el día 20 de Octubre de 2025, tal como consta en el Acta de Sesión Ordinaria 008, el Informe de tercer trimestre se socializó el día 04 de diciembre de 2025, tal como consta en el Acta de Sesión Ordinaria No. 009 y el Informe de cuarto trimestre se presentó el día 22 de diciembre de 2025, tal como consta en el Acta de Sesión Ordinaria No. 010.

Del análisis anual se puede concluir que el comportamiento de morbilidad durante los cuatro trimestres ha sido similar, observándose que la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus son las enfermedades crónicas que atienden con mayor frecuencia en el servicio de consulta externa, y las enfermedades infecciosas urinarias, respiratorias e intestinales las que más se atienden en el servicio de urgencias.

De la productividad se observa que el servicio de hospitalización es un servicio con baja ocupación, es decir la disponibilidad de cama es muy alta y el sostenimiento del servicio requiere recursos, por lo tanto es necesario implementar estrategias que optimicen su uso, sobre todo cuando se analiza que los diagnósticos de egreso corresponden a

enfermedades infecciosas; hecho que según los algoritmos de tratamiento y la clínica del paciente requieren antibioticoterapia endovenosa por 72 horas, motivo para hospitalizar al paciente y garantizar la adherencia al tratamiento para su recuperación.

En el año 2025 se evidencia una disminución general de la productividad frente a los registros del año pasado correspondiente al 2%, por lo tanto para la próxima vigencia, se hace necesario planear y organizar la prestación de los servicios de salud mediante la definición de metas e indicadores de producción, que permitan realizar un seguimiento permanente al desempeño institucional, mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios y garantizar una atención oportuna, continua y calidad a la comunidad y la generación de ingresos por los servicios prestados.

<b>FORMULA DEL INDICADOR</b>	<b>APLICACIÓN DEL INDICADOR</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>META</b>
Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la E.S.E presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación	4	4	4
Fuente de Información	Informe del Responsable de Planeación de la E.S.E		

En el anexo 05 se adjunta el Informe del Responsable de Planeación de la E.S.E sobre la Prestación de Servicios de Salud basado en RIPS.

#### **FORTALEZAS:**

- De manera periódica se realiza el análisis de la productividad de los servicios, el comportamiento de la morbilidad, de los eventos de interés en salud pública y se identifican oportunidades de mejora.

## OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Para lograr mejor productividad de los servicios y el uso eficiente de los recursos la institución debe implementar la estrategia APO: Administración por Objetivos: Modelo clásico donde se definen metas conjuntas para medir el rendimiento y lograr resultados específicos en un tiempo determinado, mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios y garantizar una atención oportuna, continua y de calidad a la comunidad y claro esta la generación de ingresos oportunos por los servicios prestados.
- La institución debe realizar un reconocimiento de los procedimientos y servicios prestados en la institución para luego compararlos con los parametrizados en el sistema con el fin de identificar las acciones que se estén realizando y no se estén facturando.

### 3.4.7 RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

El indicador de resultado con equilibrio presupuestal con recaudo es fundamental en la gestión institución, evalúa si la E.S.E logra sostener su operación con ingresos reales es decir los efectivamente recaudados, garantizando la sostenibilidad financiera; es una medida de control para saber que no se está gastando más de lo que realmente se recibe en efectivo, evitando déficit que comprometan el funcionamiento.

En la vigencia 2025 existen cambios en la normatividad y en los procesos de facturación, y radicación de cuentas médicas, motivos que afectaron de manera directa el recaudo efectivo por los servicios prestados. Previniendo los riesgos de un desequilibrio financiero la E.S.E realizó austeridad del gasto y uso eficiente de los recursos, lo que permitió al finalizar la vigencia alcanzar un equilibrio de 1.11

FORMULA DEL INDICADOR	APLICACIÓN DEL INDICADOR	RESULTADO	META
Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor	18.014.589,98 / 16.162.010,78	1.11	$\geq a 1$

de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores )			
Fuente de Información:	Ficha Tecnica Pagina Web SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.		

En el anexo 06 se adjunta la Ficha Tecnica Pagina Web SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

**FORTALEZAS:**

- Desde la alta gerencia se implementan estrategias que favorecen la austeridad del gasto para mantener el equilibrio.

**OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

- Es necesario que se fortalezca el proceso de cartera con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y el Ente Territorial con el fin de que mejorar el flujo de los recursos.

**3.4.8 OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.**

La E.S.E como integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud debe realizar reportes oportunos a los entes de inspección, vigilancia y control. A través del presente indicador se evalúa la oportunidad en la entrega de la información de la Circular Única a la Superintendencia Nacional de Salud, la cual está compuesta por 11 archivos que se deben reportar en los tiempos establecidos.

FORMULA DEL INDICADOR	APLICACIÓN DEL INDICADOR	RESULTADO	META
Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.	Cumple	Cumple	Cumplimiento dentro de los términos previstos
Fuente de Información:	Superintendencia Nacional de Salud.		

En el anexo 7 se adjunta el certificado de la Superintendencia Nacional de Salud.

#### **FORTALEZAS:**

- Se cuenta con personal responsable del envío de los reportes requeridos por la Circular Única.

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

- Es necesario que la institución elabore el Cronograma de la Circular Única facilita la identificación de reportes a enviar y las fechas establecidas para el envío, evitando así omisiones en el reporte.

#### **3.4.9 OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016.**

El Ministerio de la Protección Social a través del Decreto 2193 de 2004 establece las condiciones y procedimientos que los prestadores de servicios de salud de carácter público deben realizar para disponer de manera periódica y sistemática la información que permita evaluar la gestión realizada.

La E.S.E Hospital Alcides Jiménez como institución pública prestadora de servicios de salud reporta de manera trimestral, semestral y anual, la información requerida en el Decreto 2193 a la Secretaria de Salud Departamental y al Ministerio de Salud y de la Protección Social, a través de la plataforma SIHO.

FORMULA DEL INDICADOR	APLICACIÓN DEL INDICADOR	RESULTADO	META
Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.	Cumple	Cumple	Cumplimiento dentro de los términos previstos
Fuente de Información:	Ministerio de Salud y Protección Social		

En el anexo 8 se adjunta el certificado del Ministerio de Salud y de la Protección Social.

#### **FORTALEZAS:**

- La institución cuenta con un equipo de profesionales responsables que se encargan de consolidar, reportar, analizar y sustentar los indicadores del Sistema de Información Hospitalario a través de los cuales se evalúa la gestión de las instituciones de salud.

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

- Para la socialización de la información ante la Secretaria de Salud Departamental es necesario que se presente el grupo de líderes de procesos responsables de la información.

### **3.5 CLINICA / ASISTENCIAL:**

Los indicadores clínicos / asistenciales que le corresponden a la E.S.E por su nivel de complejidad son 6. A continuación se describe cada indicador.

#### **3.5.1 PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN.**

Para la E.S.E Hospital Alcides Jiménez es prioritario garantizar la atención segura del binomio madre e hijo, por ello implementa estrategias que mejoren el acceso a los servicios de salud, la atención oportuna e integral y la vigilancia estricta ante riesgos obstétricos, evitando así las complicaciones a la madre y al recién nacido.

Para ello se ha dispuesto de un equipo exclusivo para su atención conformado por el médico responsable de las atenciones y la auxiliar de enfermería responsable de la captación, registro, ingreso al programa, seguimiento telefónico, agendamiento de citas según lo definido en la Ruta Materno Perinatal y el manejo de la matriz nominal de gestantes.

Durante el año 2025 la institución captó a 149 gestantes, de ellas 122 corresponden al municipio de Puerto Caicedo y 27 corresponden a otros municipios, departamentos o países.

De las 149 gestantes 8 son menores de edad y 141 con mayores de edad.

Para evaluar la efectividad en la captación temprana de las gestantes se tiene en cuenta las gestantes residentes en el municipio hace más de seis meses, que para el año 2025 corresponden a 122 de las cuales 104 es decir el 85.2% ingresaron a control prenatal a más tardar en la semana 12 de gestación.

FORMULA DEL INDICADOR	APLICACIÓN DEL INDICADOR	RESULTADO	META
Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el Programa de Control Prenatal de la E.S.E, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación.	$104 / 122 =$	0,85	Mayor o igual a 0,85
Fuente de Información	Informe del Comité de Historias Clínicas.		

Se adjunta anexo: 09: Informe del Comité de Historias Clínicas de Captación de Gestantes antes de la Semana 12 de Gestación y en la memoria que hace parte del presente informe: las historias clínicas auditadas.

## **FORTALEZAS:**

- La institución ha designado un equipo exclusivo para la atención de las gestantes, esto favorece la oportunidad en la atención, la experticia del personal médico en la atención y la confianza de las gestantes y sus familias en el personal que las atiende.
- A las gestantes que pertenecen a etnias indígenas el equipo interdisciplinario brinda la atención respetando los usos y costumbres de su comunidad.

## **OPORTUNIDAD DE MEJORA:**

- A través de los equipos básicos de salud es necesario fortalecer la atención de las gestantes, toda vez que se ha identificado que una de las causas del ingreso tardío es la residencia rural dispersa.
- En el registro de la historia clínica de ingreso a control prenatal se debe indagar a la gestante el motivo de ingresar de manera tardía a Control Prenatal y se debe preguntar si en el lugar donde residía recibió controles prenatales.

### **3.5.2 INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA E.S.E.**

La sífilis congénita es un evento de interés en salud pública que refleja fallas en la captación temprana, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de la sífilis en gestantes. Esta condición, causada por la transmisión vertical de *Treponema pallidum* de la madre al feto durante el embarazo o el parto, es prevenible en la mayoría de los casos mediante intervenciones efectivas en el control prenatal.

El indicador de sífilis congénita permite evaluar la efectividad de los servicios de salud en la detección temprana de la infección materna, la adherencia a los protocolos de tamizaje, así como la oportunidad y calidad del tratamiento administrado. Su análisis constituye una herramienta clave para identificar brechas en la atención, fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En la institución se atendieron 2 gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional a quienes se les brindó la atención y el tratamiento de manera puntual y con seguimiento estricto. Durante la vigencia 2025 en la E.S.E Hospital Alcides Jiménez se atendieron 6 partos, ninguno con diagnóstico de sífilis congénita.

FORMULA DEL INDICADOR	APLICACIÓN DEL INDICADOR	RESULTADO	META
Número de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en población atendida por la E.S.E en la vigencia objeto de evaluación.	0	0	Mayor o igual a 0,85
Fuente de Información	Concepto del COVE municipal		

En el anexo 10 se adjunta el Concepto del COVE municipal que certifica la no existencia de casos.

#### **FORTALEZAS:**

- El personal de Vigilancia en Salud Pública junto con el equipo de gestantes realiza seguimiento estricto a la adherencia del tratamiento de las pacientes con diagnóstico de Sífilis Gestacional.

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA**

- Promocionar el servicio de atención del parto con las gestantes con el fin de incrementar el número de partos atendidos en la E.S.E.
- Realizar el mejoramiento en la infraestructura y la dotación de la sala de partos.

### **3.5.3 EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA**

En el perfil de morbilidad de la E.S.E la Hipertensión Arterial es la primera causa de morbilidad en el servicio de consulta externa, hecho que lleva a que la institución fortalezca la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles. La Hipertensión es una enfermedad silenciosa que desencadena complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales que impactan de manera significativa la morbimortalidad de la población. Su adecuado control en la atención primaria y la gestión del riesgo en salud, permiten mejorar la calidad de vida de los pacientes, cambiar estilos de vida y prevenir enfermedades secundarias.

Con el fin de garantizar servicios seguros basados en evidencia científica, la E.S.E Hospital Alcides Jiménez adoptó mediante la Resolución 308 del 21 de Julio de 2025, la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial Primaria del Ministerio de Salud 2013.

Durante la vigencia 2025 se atendieron 1.725 pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Primaria.

Para evaluar la adherencia a la guía de practica clinica de manera trimestral la institución desarrolla la metodología descrita en el Procedimiento de Evaluación de Adherencia a Guías de Practica Clínica, Rutas y Protocolos identificado con código: SGC- PR – 005. Dentro de la metodología se requiere conocer el lote y la muestra de historias clínicas a evaluar, para lo cual se realizan las acciones descritas en el Procedimiento de Muestreo para Inspección por Atributos identificado con código: SGC-PR-006, el cual describe que, para el total de 1.725 pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Primaria, se debe evaluar 240 historias clínicas.

Como resultado de la evaluación de adherencia a la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial Primaria en la vigencia 2025, se obtiene que de las 240 historias clínicas evaluadas 226 tienen un cumplimiento igual o superior al 91% de los criterios, alcanzando así un nivel adherencia: excelente o adherencia estricta.

FORMULA DEL INDICADOR	APLICACIÓN DEL INDICADOR	RESULTADO	META
Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la E.S.E en la vigencia objeto de evaluación / Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la E.S.E en la vigencia objeto de evaluación.	226 / 240	0,94	Mayor o Igual a 0,90
Fuente de Información	Informe del Comité de Historias Clínicas de Adherencia a GP de Hipertensión Arterial Primaria.		

Se adjunta anexo 11 con Informe del Comité de Historias Clínicas: Informe de Evaluación de Adherencia a Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial Primaria y en la memoria que hace parte del presente informe: el instrumento de evaluación y las historias clínicas auditadas.

#### **FORTALEZAS:**

- Para garantizar la atención de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles la institución cuenta con un equipo exclusivo encargado de brindar atención intramural, extramural y domiciliaria en casos especiales.
- El médico responsable de la atención de pacientes crónicos tiene una amplia experiencia en el tema lo que fortalece la adherencia a la Guía de Práctica Clínica.
- La auxiliar de enfermería le recuerda al paciente su cita, mediante llamada telefónica.

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

- Una de las tareas importantes en el fortalecimiento asistencial es la referenciación del proceso con una institución acreditada.

### **3.5.4 EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.**

La atención integral a la población infantil constituye una prioridad dentro de las políticas de salud pública y por lo tanto una prioridad en la atención para la E.S.E Hospital Alcides Jiménez, toda vez que durante los primeros años de vida se establecen las bases para el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social de los niños.

En este contexto, el seguimiento adecuado del crecimiento y desarrollo permite identificar oportunamente factores de riesgo, alteraciones nutricionales o retrasos en el desarrollo, facilitando intervenciones tempranas que contribuyan a mejorar los resultados en salud.

Para garantizar una atención segura a la población infantil la institución adoptó mediante la Resolución 308 del 21 de Julio de 2025 la Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencia para la Promoción del Crecimiento, Detección Temprana y Enfoque Inicial de Alteraciones del Crecimiento en Niños Menores de 10 años y la Promoción del Desarrollo, Detección Temprana y Enfoque Inicial de las Alteraciones del Desarrollo en Niños Menores de 5 años en Colombia. Así también adoptó mediante la Resolución 591 del 15 de diciembre de 2020 los Lineamientos Técnicos y Operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción

y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención para la Población Materno Perinatal, que incluye de manera operativa y estandarizada las intervenciones de crecimiento y desarrollo, definiendo actividades, frecuencias de atención, talento humano y criterios de calidad.

En este contexto el instrumento de evaluación se realizó bajo los criterios establecidos en la Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencia para la Promoción del Crecimiento, Detección Temprana y Enfoque Inicial de Alteraciones del Crecimiento y se complementó con los criterios definidos en el curso de vida de Primera Infancia e Infancia, lo que permite que la evaluación no se limite a la verificación de actividades, sino que incluya criterios de calidad clínica basados en evidencia.

La E.S.E comprometida con brindar servicios oportunos, sin barreras y de calidad, de manera trimestral realiza la evaluación de adherencia a la Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo. Para su evaluación el Coordinador de PYM en articulación con el Coordinador Médico desarrollan la metodología descrita en el Procedimiento de Evaluación de Adherencia a Guías de Práctica Clínica, Rutas y Protocolos identificado con código: SGC-PR – 005.

En la vigencia 2025 la institución atendió 2.502 niños en Crecimiento y Desarrollo, mediante atenciones intra y extramurales. Para conocer la muestra a evaluar en la adherencia, se aplica el procedimiento de Muestreo para Inspección por Atributos identificado con código: SGC-PR-006, el cual describe que, para un lote de 2.502 niños y niñas se debe evaluar 320 historias clínicas.

Al realizar la evaluación de adherencia se obtiene como resultado que de 320 historias evaluadas 305 tienen un cumplimiento igual o superior al 91% de los criterios, alcanzando un nivel de adherencia: excelente o adherencia estricta.

<b>FORMULA DEL INDICADOR</b>	<b>APLICACIÓN DEL INDICADOR</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>META</b>
Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños menores de 10 años a quienes se les aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del	305 / 320	0.95	

crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación. / Número de historias clínicas de niños menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la E.S.E en la vigencia objeto de evaluación.			Mayor o Igual a 0,80
Fuente de Información	Informe del Comité de Historias Clínicas.		

Se adjunta anexo 12: Informe del Comité de Historias Clínicas: Informe de Evaluación de Aplicación Manejo de la Guía de Crecimiento y Desarrollo y en la memoria que hace parte del presente informe el instrumento de evaluación y las historias clínicas auditadas.

#### **FORTALEZAS:**

- Para mejorar el acceso al servicio la Institución contó con el personal médico y de enfermería de Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Equipos Básicos en Salud quienes garantizaron la atención intramural y en territorio.
- La continuidad del personal asistencial en el proceso favorece la adherencia a las guías de práctica clínica.

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

- Es necesario socializar con el personal asistencial la Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencia para la Promoción del Crecimiento, Detección Temprana y Enfoque Inicial de Alteraciones del Crecimiento en Niños Menores de 10 años y la Promoción del Desarrollo, Detección Temprana y Enfoque Inicial de las Alteraciones del Desarrollo en Niños Menores de 5 años en Colombia.
- Para mejorar la atención de los niños es necesario gestionar instrumentos didácticos que faciliten la evaluación.
- Se recomienda realizar la socialización y entrenamiento en la valoración de la Salud Auditiva y la aplicación del cuestionario Vale.

#### **3.5.5 PROPORCIÓN DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS.**

El servicio de urgencias es la unidad hospitalaria que brinda atención médica inmediata las 24 horas del día, los siete días de la semana, a pacientes con síntomas alarmantes que

requieren intervención rápida. Para clasificar la prioridad de la atención de los pacientes se utiliza el sistema de selección Triage.

En el servicio de urgencias se cuenta con un equipo multidisciplinario conformado por médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería encargados de estabilizar, diagnosticar y tratar al paciente hasta que se defina su conducta.

En la Institución de manera periódica se realizan capacitaciones que incluyen la socialización de las Guías de Práctica Clínica del perfil de morbilidad, protocolos y procedimientos con el fin de garantizar atenciones seguras que controlen los riesgos de variaciones en la atención y riesgos de eventos adversos.

En la vigencia 2025 la E.S.E atendió 5.838 pacientes en el servicio de urgencias y de ellos solamente 4 reingresaron por la misma causa en menos de 72 horas.

FORMULA DEL INDICADOR	APLICACIÓN DEL INDICADOR	RESULTADO	META
Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en menos de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación	4 / 5.838	0,001	0,03
Fuente de Información	Ficha Técnica Página Web del SIHO		

En el anexo 13 se adjunta la Ficha Técnica Página Web del SIHO

### **3.5.6 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL.**

La consulta médica general es el primer servicio que recibe el usuario en el sistema de salud, a través del cual se valora los sistemas, el estado físico y mental del paciente, se educa sobre autocuidado, prevención de enfermedades y promoción de la salud, se genera un diagnóstico y un plan de tratamiento.

Para garantizar la atención médica la E.S.E Hospital Alcides Jiménez cuenta con tres médicos quienes trabajan de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 12:00 a.m. y de 2:00 p.m. a 5:00 p.m. Se cuenta con una disponibilidad de agenda de 72 pacientes diarios con una programación de atención cada 20 minutos.

La institución cuenta con agenda abierta para que el usuario pueda solicitar su cita en el día en que la requiera. Para la solicitud de cita el usuario lo puede realizar presencial o telefónicamente al número: 3214529693 o por WhatsApp al mismo número de lunes a viernes de 11:00 a.m. a 12:00 a.m. y de 3:00 p.m. a 4:00 p.m.

FORMULA DEL INDICADOR	APLICACIÓN DEL INDICADOR	RESULTADO	META
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina general asignadas en la vigencia objeto de evaluación	2.096 / 5.923	0,354	Menor o igual a 3
Fuente de Información	Ficha Técnica Página Web SIHO.		

En el anexo 14 se adjunta la Ficha Técnica Página Web del SIHO

#### **FORTALEZAS:**

- De manera diaria la institución agenda 72 turnos para la consulta médica general sin embargo si existen una solicitud extra la trabajadora social gestiona la consulta extra para que el paciente reciba la atención.
- Durante la vigencia 2025 se contó con los equipos básicos de salud quienes llevaron la atención de consulta médica general a territorio.
- La Institución realiza brigadas a los centros rurales llevando servicios de consulta médica general, odontológica y promoción y mantenimiento de la salud.

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

- Es necesario analizar la demanda del servicio para determinar si se requiere fortalecer el servicio de consulta externa con un profesional más.

#### 4. MATRIZ DE CALIFICACION

(ANEXO 03 Y 04 RESOLUCION 408 DE 2018)

MATRIZ DE CALIFICACION						
DIRECCION Y GERENCIA						
No.	INDICADOR	FORMULA	RESULTADO	CALIFICACION	PONDERACION	RESULTADO
1	Mejoramiento Continuo de la Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la Calificación de la Autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de calificación de la Autoevaluación en la vigencia anterior	$1.4 / 1.1 = 1.27$	5	0,05	0,25
2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Relación del Nú. De acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / No. De acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.	$130 / 143 = 0.90$	5	0,05	0,25
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.	$29 / 34 = 0.85$	3	0,10	0,3

MATRIZ DE CALIFICACION						
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA						
No.	INDICADOR	FORMULA	RESULTADO	CALIFICACION	PONDERACION	RESULTADO
4	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	No Aplica		0,05	
5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia objeto de la evaluación / No. De UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y de prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / No. de UVR producidas en la vigencia anterior)	58.930,29 / 55.031,1 = 1,07	1	0,057	0,057
6	Proporción de Medicamentos y material medico- quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: * Compras Conjuntas * Compras a través de las cooperativas de Empresas Sociales del Estado * Compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material medico quirúrgico realizados en la vigencia evaluada mediante uno o mas de los siguientes mecanismos: a). Compras conjuntas b).Compras a través de cooperativas de E.S.E c). Compras a través de mecanismos electrónicos / valor total de adquisiciones de la E.S.E por medicamentos y material medico quirúrgico en la vigencia evaluada.	0 / 808.189.439	0	0,057	0

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA						
8	Utilización de Informes del Registro Individual de Prestaciones RIPS.	Número de informe de análisis de la prestación de servicios de la E.S.E presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En instituciones de primer nivel deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y la frecuencia de uso de los servicios.	4	5	0,057	0,285
9	Resultado del equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de los ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación ( incluye el valor comprometido de las CxP de vigencias anteriores)	18.014.589,98 / 16.162.010,78 = 1.11	5	0,057	0,285
10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	No Cumple	0	0,057	0
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, compilado en la sección 2, Capítulo 8, Título 3	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Cumple	5	0,057	0,285

GESTION CLINICA O ASISTENCIAL						
No.	INDICADOR	FORMULA	RESULTADO	CALIFICACION	PONDERACION	RESULTADO
21	Proporción de Gestantes Captadas antes de la semana 12 de gestación	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la E.S.E a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación.	$104 / 122 = 0,85$	5	0,08	0,4
22	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la E.S.E	Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en población atendida en la E.S.E en la vigencia objeto de evaluación.	0	5	0,08	0,4
23	Evaluación de Aplicación de Guía de Manejo Específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la Guía de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la E.S.E en la vigencia objeto de evaluación / Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la E.S.E en la vigencia objeto de evaluación.	$226 / 240 = 0,91$	5	0,07	0,35



24	Evaluación de Aplicación de Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se les aplicó estrictamente la Guía Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en la Vigencia Objeto de Evaluación / Número de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidos en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la E.S.E en la vigencia objeto de evaluación.	$305 / 320 = 0,95$	5	0,06	0,3
25	Proporción de Reingresos de Pacientes al Servicio de Urgencias en Menos de 72 horas.	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia objeto de evaluación.	$4 / 5.838 = 0,001$	5	0,05	0,25
26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.	Sumatoria de las diferencias de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primea vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina general de primera vez asignada en la vigencia objeto de evaluación.	< 3 días 0.01	5	0,06	0,3
<b>TOTAL</b>						<b>3,712</b>

## 5. NIVEL DE EVALUACIÓN:

Una vez aplicada la matriz de calificación del anexo 4 de la Resolución 408 de 2018, con un resultado de 3,712, se procede a ubicar la calificación en el Nivel de Evaluación descrito en el anexo técnico 5 de la Resolución 710 de 2012, alcanzando un nivel de calificación **SATISFACTORIO**.

## 6. CONCLUSIONES:

- Desde la alta gerencia se deben gestionar los recursos para la actualización y automatización del Sistema de Gestión de la Calidad, esto no solo moderniza la gestión institucional, sino que genera efectos directos sobre la seguridad del paciente, la eficiencia administrativa y el cumplimiento normativo; permite fortalecer la capacidad institucional para planear, ejecutar, evaluar y mejorar continuamente los procesos asistenciales y administrativos, facilita la estandarización de procedimientos, la reducción de reprocesos y la trazabilidad de la información, contribuyendo a una gestión más eficiente, transparente y orientada a resultados.
- La implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud PAMEC, ha permitido identificar brechas entre la calidad observada y la esperada y generar acciones de mejora para, promoviendo una cultura organizacional basada en la calidad y la seguridad del paciente
- La Institución viene desarrollando acciones en el ciclo de preparación para la acreditación, se puede observar la disposición de los equipos de mejoramiento para el cambio y la generación de una cultura organizacional enfocada en la mejora continua, la seguridad del paciente y la eficiencia operativa.
- Respecto al componente financiero, la E.S.E ha mantenido un comportamiento controlado del gasto; sin embargo, se hace necesario fortalecer los procesos de facturación, cartera y auditoría de cuentas médicas, para mantener el equilibrio entre los gastos y los ingresos que le permiten ser autosostenible financieramente.

- El compromiso del talento humano en salud de la E.S.E Alcides Jiménez para prestar servicios de salud seguros es evidente en los resultados de evaluación de adherencia, ejecución de acciones de mejora y gestión de eventos adversos.
- El talento humano es el eje fundamental de la gestión por procesos, por lo tanto se requiere de motivación constante que impacte positivamente en su calidad de vida y su desempeño laboral, a través de procesos continuos de capacitación, reconocimiento, evaluación de desempeño y fortalecimiento del clima organizacional.

## **7. RECOMENDACIONES:**

- Es necesario que se realice la identificación de todos los procedimientos asistenciales que se realizan en la E.S.E y compararlos con la información parametrizada en el sistema SIHOS, con el fin de identificar aquellos que se realicen pero que no se estén facturando para incluirlos en el sistema.
- La institución debe ajustar el Plan de Desarrollo y articularlo con el plan nacional y departamental.
- Para lograr la transformación cultural se requiere que los líderes de procesos realicen formación como auditores internos para adquirir una visión crítica que les permita identificar riesgos, oportunidades de mejora y no conformidades en sus propias áreas.
- Con el fin de avanzar en los procesos administrativos determinantes para la estabilidad financiera de la Institución es necesario que el proceso de facturación, cartera y auditoría de cuentas medicas realice el proceso de referenciación competitiva.



**ESTEBAN LOPEZ BURBANO**

Gerente