Comprometidos con tu bienestar, con calidad y calidez

La Hospital San Vicente de Paul, como entidad pública prestadora de servicios de salud y parte integral de la red hospitalaria del departamento de Risaralda, reafirma su compromiso institucional con la prestación de servicios de salud con calidad, oportunidad, humanización y responsabilidad social, orientados a satisfacer las necesidades y expectativas de la población usuaria.

Durante la vigencia 2025, la institución desarrolló sus acciones en el marco del Plan de Desarrollo Institucional y el Plan de Acción, enfocados en garantizar la continuidad en la prestación de los servicios esenciales de salud, el fortalecimiento de la gestión administrativa y financiera, y el mejoramiento continuo de los procesos asistenciales y de apoyo. Estas acciones se ejecutaron en cumplimiento de la misión institucional y de las responsabilidades propias de la entidad, en concordancia con las disposiciones legales vigentes y bajo los principios de eficiencia, eficacia y transparencia que rigen la administración pública.

En un contexto caracterizado por los retos estructurales del sistema de salud en Colombia, el hospital mantuvo como eje central la orientación al usuario, promoviendo una atención digna, segura y humanizada. Para ello, se fortalecieron las competencias del talento humano, se optimizaron los procesos institucionales y se implementaron estrategias orientadas al mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios, contribuyendo a una experiencia positiva para los usuarios y sus familias.

De igual manera, durante esta vigencia se avanzó en el fortalecimiento de la infraestructura física, la modernización de los procesos institucionales y la consolidación de estrategias orientadas a mejorar la accesibilidad, oportunidad y resolutividad en la atención en salud, generando un impacto positivo en la calidad de vida de la comunidad.

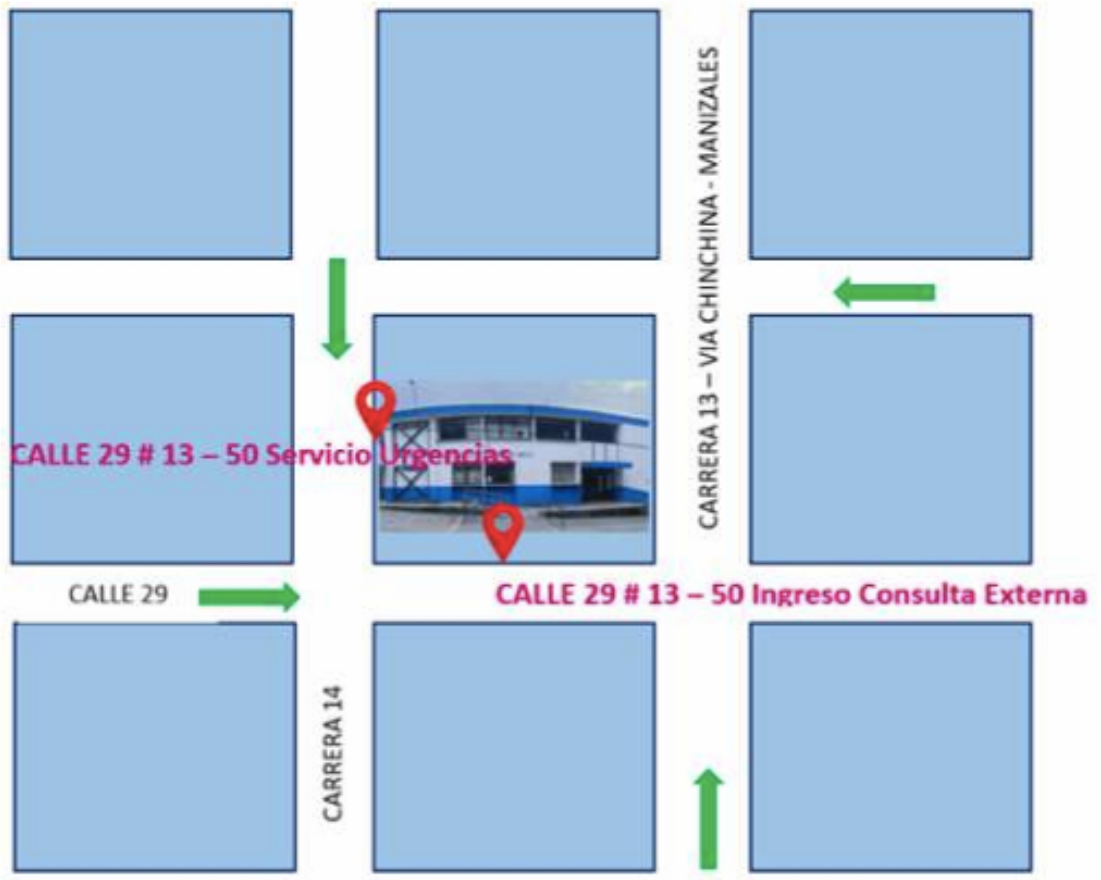
El presente informe de gestión se presenta ante la Contraloría Departamental de Risaralda y demás entes de control, con el propósito de dar a conocer los resultados obtenidos durante la vigencia 2025, evidenciando el cumplimiento de los objetivos institucionales, la adecuada administración de los recursos públicos y el compromiso permanente del Hospital San Vicente de Paul con el bienestar de la comunidad y el fortalecimiento del sistema de salud.

A pesar de las dificultades propias del sector salud en Colombia, reafirmamos nuestro compromiso constante y nuestro objetivo fundamental de garantizar una atención integral, humana y de calidad, manteniendo siempre una vocación de servicio al alcance de todos.

PLATAFORMA ESTRATEGICA

El Hospital San Vicente de Paul es una Empresa Social del Estado de baja complejidad en la atención de servicios de salud, con capacidad para ofrecer algunos servicios de mediana complejidad.

Nuestra atención está dirigida principalmente a los santarrosanos que forman parte de los diferentes regímenes de seguridad social, así como a la población del municipio de las Araucarias, un territorio que alberga aproximadamente 81.608 habitantes, según la proyección del DANE para el periodo 2020.



⇒ **Misión**

Somos una institución comprometida con la prestación de servicios de salud con altos estándares de calidad, enfocándonos en la innovación sostenible, la gestión y fortalecimiento institucional, la humanización, y la seguridad del paciente. Trabajamos con un enfoque centrado en el servicio al cliente, garantizando atención integral, accesible y segura para mejorar la calidad de vida de nuestra comunidad.

⇒ **Visión**

Para el año 2027, seremos reconocidos como un referente en la prestación de servicios de salud con un modelo innovador, sostenible y humanizado. Nos destacaremos por la excelencia en la atención, el uso eficiente de recursos y la implementación de estrategias que fortalezcan la seguridad del paciente y la satisfacción de nuestros usuarios.

⇒ **Valores Corporativos**

- **Compromiso**: Actuamos con responsabilidad y dedicación en cada servicio prestado.
- **Innovación**: Implementamos estrategias y tecnologías que mejoran la calidad de la atención.
- **Humanización**: Priorizamos el respeto, la empatía y la calidez en cada interacción.
- **Seguridad**: Garantizamos prácticas seguras para la protección del paciente y del equipo de salud.
- **Excelencia**: Buscamos la mejora continua en todos los procesos y servicios.
- **Trabajo en equipo**: Fomentamos la colaboración y el fortalecimiento de nuestro talento humano.

⇒ **Principios y Políticas Institucionales**

- **Atención centrada en el paciente**: Todos los procesos se enfocan en la seguridad, bienestar y satisfacción del usuario.
- **Gestión de calidad**: Implementamos acciones de mejora continua basadas en normativas y estándares vigentes.
- **Innovación y sostenibilidad**: Optimizamos los recursos y promovemos el uso de nuevas tecnologías para mejorar la eficiencia y el impacto ambiental.
- **Ética y transparencia**: Actuamos con integridad en cada decisión y servicio ofrecido.
- **Capacitación y desarrollo**: Fomentamos el crecimiento profesional y el fortalecimiento de competencias del talento humano.

⇒ **Objetivos Estratégicos**

1. **Innovación sostenible**: Incorporar nuevas tecnologías y metodologías que optimicen los procesos y mejoren la calidad de la atención.
2. **Gestión y fortalecimiento**: Consolidar una administración eficiente que garantice la sostenibilidad financiera y operativa de la organización.
3. **Humanización y seguridad del paciente**: Desarrollar estrategias que fortalezcan la empatía, el trato digno y la cultura de seguridad en la atención en salud.

4. **Servicio al cliente**: Mejorar continuamente la experiencia del usuario a través de estrategias de comunicación efectiva, accesibilidad y respuesta oportuna a sus necesidades.
5. **Mejora continua**: Implementar mecanismos de evaluación y control para optimizar la prestación de servicios y asegurar el cumplimiento de estándares de calidad.

LINEA ESTRATEGICA 1. ATENCIÓN HUMANIZADA ENFOCADA AL SERVICIO AL CLIENTE.

PROGRAMA: SALUD CON TODOS

⇒ **Planes de Implementación por Ruta de Atención**

En el marco de la línea estratégica “Atención Humanizada Enfocada al Servicio al Cliente”, el Hospital San Vicente de Paul desarrolló durante la vigencia 2025 el programa “Salud con Todos”, orientado a fortalecer el acceso, la oportunidad, la calidad y la humanización en la prestación de los servicios de salud, mediante la implementación de acciones integrales en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y seguimiento a los usuarios, en concordancia con las Rutas Integrales de Atención en Salud.

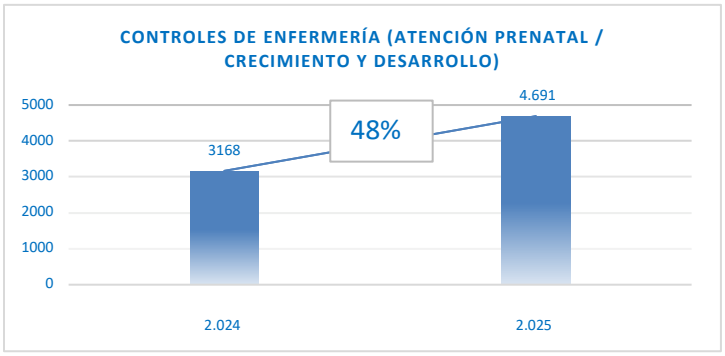
- **RUTA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

Durante la vigencia 2025, se evidenció un fortalecimiento significativo en la cobertura de los controles de crecimiento y desarrollo en la población infantil, mediante la captación oportuna de los usuarios y el seguimiento periódico a su estado de salud. Estas acciones permitieron realizar un monitoreo integral del estado nutricional, el desarrollo psicomotor y el cumplimiento del esquema de vacunación, en concordancia con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

De igual manera, se garantizó la identificación temprana de factores de riesgo en salud, permitiendo la remisión oportuna a los servicios especializados cuando fue requerido, fortaleciendo la capacidad resolutiva institucional y contribuyendo a la prevención de complicaciones en la población infantil.

Como resultado de estas acciones, se logró mejorar la continuidad en los controles periódicos, reduciendo el índice de inasistencia y fortaleciendo el seguimiento integral de los pacientes pediátricos, lo que permitió la detección temprana de condiciones como desnutrición, alteraciones en el desarrollo y otras patologías prevenibles, facilitando intervenciones oportunas y efectivas.





- **Fortalecimiento de la Educación y Orientación a Padres y Cuidadores**

En el marco del enfoque preventivo y de atención humanizada, se implementaron estrategias de educación dirigidas a padres y cuidadores, mediante la realización de consejerías personalizadas orientadas a fortalecer prácticas de cuidado infantil, incluyendo la promoción de la lactancia materna, la adecuada alimentación complementaria, la estimulación temprana y la prevención de enfermedades prevalentes en la infancia.

Estas acciones contribuyeron a mejorar la adherencia de las familias a las recomendaciones médicas y de cuidado, promoviendo hábitos saludables en el entorno familiar y fortaleciendo el rol de los cuidadores en el desarrollo integral de los niños.

- **Implementación de Buenas Prácticas en la Prestación del Servicio**

Se fortalecieron los procesos internos del servicio mediante la optimización de las agendas de atención, permitiendo mejorar la oportunidad en la prestación del servicio y garantizar una atención oportuna a los usuarios.

Asimismo, se garantizó el adecuado registro y actualización de las historias clínicas, contribuyendo a la trazabilidad de la atención y al seguimiento clínico de los pacientes. Estas acciones se complementaron con el trabajo articulado del equipo multidisciplinario, lo que permitió brindar una atención integral y centrada en el usuario.

De igual manera, se dio cumplimiento a los protocolos y lineamientos establecidos a nivel nacional para el control integral infantil, asegurando la calidad, seguridad y pertinencia de la atención brindada.

- **Fortalecimiento de la Atención Humanizada**

En concordancia con la política institucional de humanización, se mantuvo un enfoque centrado en el usuario y su familia, priorizando el trato digno, respetuoso y empático, así como la orientación clara y el acompañamiento permanente a los cuidadores durante el proceso de atención, fortaleciendo la confianza en los servicios institucionales.

El Hospital San Vicente de Paul implementó acciones orientadas al fortalecimiento de la infraestructura y la mejora en el acceso a los servicios de atención infantil, con el propósito de garantizar una atención integral, oportuna y humanizada a la población pediátrica y sus familias.

En este sentido, se realizó la adecuación de una sala de lactancia materna en el área de consulta externa, proporcionando un espacio adecuado, digno y seguro que promueve la lactancia materna como estrategia fundamental para el desarrollo integral y la salud de los niños y niñas. Esta acción contribuyó al fortalecimiento de las estrategias institucionales de promoción y prevención, así como al acompañamiento integral a las madres lactantes.

Asimismo, se llevó a cabo la adecuación de un consultorio destinado a la atención por especialista en pediatría, fortaleciendo la capacidad institucional para la valoración

especializada, el diagnóstico oportuno y el seguimiento integral de la población infantil, mejorando la resolutividad y la calidad en la prestación de los servicios.

De igual manera, se fortaleció la estrategia de atención extramural, mediante un equipo interdisciplinario encargado de la captación activa, el seguimiento y la atención de niños y niñas residentes en zonas rurales y de difícil acceso, contribuyendo a mejorar la cobertura de los programas de promoción y mantenimiento de la salud y garantizando el acceso equitativo a los servicios institucionales.

- **RUTA MATERNO PERINATAL**

INDICADOR	META	2024	2025
Captación temprana	80%	91%	93%

La institución recibió reconocimiento institucional por el compromiso, responsabilidad y cumplimiento de los estándares de seguridad del paciente y gestión de la calidad en la implementación de la Ruta Materno Perinatal, evidenciando el fortalecimiento de los procesos asistenciales y el cumplimiento de los lineamientos técnicos establecidos a nivel nacional.

Como parte de este fortalecimiento, se vinculó una especialista en ginecología de dedicación exclusiva para la atención de la población gestante, lo que permitió mejorar la oportunidad en la atención, la capacidad resolutiva institucional y la calidad del seguimiento clínico durante el embarazo, parto y puerperio. Asimismo, el servicio contó con un equipo conformado por dos especialistas en ginecología, fortaleciendo la prestación de servicios especializados y el acompañamiento integral a las gestantes.

De igual manera, se avanzó en el fortalecimiento de la oferta institucional mediante el direccionamiento de actividades diagnósticas y de seguimiento, tales como paraclínicos, ecografías y valoraciones especializadas, priorizando su realización dentro de la institución, lo que contribuyó a mejorar la oportunidad en el diagnóstico, el seguimiento clínico y la continuidad en la atención.

- **Garantía de Acceso, Oportunidad y Equidad en la Atención**

En cumplimiento de los principios de equidad y accesibilidad, el hospital garantizó la atención integral a todas las gestantes, incluyendo población migrante y usuarias pertenecientes a EPS sin contratación vigente, quienes fueron atendidas a través del servicio de urgencias, en concordancia con la normatividad vigente que reconoce a la población gestante como población de especial protección.

Como resultado de las estrategias implementadas, se logró garantizar el acceso oportuno a los servicios, con tiempos de atención inferiores a tres (3) días para la mayoría de los procedimientos requeridos, fortaleciendo la oportunidad diagnóstica y el seguimiento clínico de la población gestante.

Asimismo, se garantizó la implementación, socialización y aplicación de la Ruta de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en cumplimiento de la normatividad vigente, asegurando el acceso oportuno, seguro y humanizado a este servicio.

De igual manera, se implementaron estrategias de captación temprana de gestantes, mediante la articulación con los servicios de urgencias y laboratorio clínico, permitiendo la identificación oportuna de usuarias en estado de gestación y su vinculación temprana al programa de control prenatal.

- **Fortalecimiento de la Gestión Asistencial y la Continuidad del Cuidado**

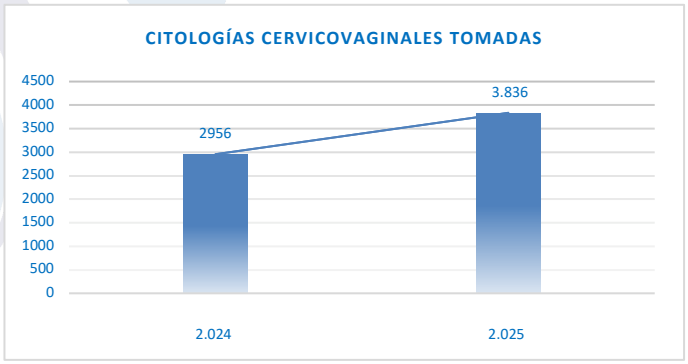
Se eliminaron barreras de acceso a métodos anticonceptivos post evento obstétrico, garantizando su suministro a todas las usuarias, independientemente de su entidad aseguradora, contribuyendo a la prevención de embarazos no planificados y al fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva.

Como parte del fortalecimiento del talento humano, se capacitó a la totalidad de los profesionales de enfermería en la inserción de implantes subdérmicos de larga duración, ampliando la capacidad institucional para la prestación de servicios de planificación familiar y promoviendo el acceso a métodos anticonceptivos eficaces.

Adicionalmente, se fortaleció la articulación con las Entidades Promotoras de Salud, mediante el contacto permanente con sus referentes, facilitando la gestión oportuna de las necesidades clínicas de las gestantes y mejorando la continuidad en la atención.

- **RUTA DE CANCER**





La institución contó con talento humano capacitado para la realización de procedimientos de detección temprana, incluyendo la toma de citologías cervicouterinas y el examen clínico de mama, garantizando la calidad técnica en la prestación de estos servicios y contribuyendo a la identificación oportuna de factores de riesgo y lesiones precursoras de cáncer.

De igual manera, se cuenta con Consultorio Rosado, un espacio destinado a la atención integral de la población femenina en el marco de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta de Cáncer. Este consultorio garantiza condiciones adecuadas de privacidad, seguridad y calidad en la atención, y actualmente se encuentra en proceso de certificación, en articulación con el Instituto Nacional de Cancerología y el laboratorio Roche, lo que contribuirá al fortalecimiento de los estándares de calidad institucional en la detección temprana del cáncer.

- **Garantía de Acceso y Oportunidad en la Atención**

Con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de detección temprana, se implementaron estrategias orientadas a mejorar la oportunidad en el agendamiento de citas, mediante el fortalecimiento del servicio de Call Center institucional, permitiendo una gestión más eficiente de la programación y reduciendo los tiempos de espera para los usuarios.

Asimismo, se implementaron estrategias de atención flexible, mediante la valoración y realización de procedimientos por parte del personal de enfermería sin necesidad de cita previa, facilitando el acceso a los servicios de tamizaje para la población de difícil acceso o en condición de vulnerabilidad, contribuyendo a la eliminación de barreras administrativas y al fortalecimiento de la atención centrada en el usuario.

- **Implementación de Estrategias de Promoción y Detección Temprana**

Se desarrollaron campañas de detección temprana orientadas a la identificación oportuna de factores de riesgo y lesiones precursoras de cáncer, mediante actividades de sensibilización, educación y captación activa de la población, promoviendo la participación en los programas de tamizaje institucional.

- **RUTA CARDIOVASCULAR**





La institución fortaleció su capacidad resolutiva mediante la ampliación del talento humano especializado, incrementando el número de especialistas en medicina interna de dos (2) a tres (3), así como el aumento del recurso profesional en nutrición, pasando de uno (1) a dos (2) profesionales. Esta estrategia permitió mejorar la cobertura, oportunidad y calidad en la atención de los usuarios con factores de riesgo cardiovascular y enfermedades metabólicas asociadas.

Asimismo, se garantizó la implementación y actualización de protocolos y guías de práctica clínica, alineados con la normatividad vigente y los lineamientos técnicos nacionales, asegurando una atención basada en la evidencia científica y orientada al mejoramiento de los resultados en salud.

De igual manera, el hospital contó con un portafolio completo de servicios de laboratorio clínico, garantizando la disponibilidad de pruebas diagnósticas esenciales para la identificación, seguimiento y control de enfermedades cardiovasculares, facilitando el diagnóstico oportuno y el monitoreo continuo de los pacientes.

- **Implementación de Estrategias de Promoción, Prevención y Detección Temprana**

Con el fin de fortalecer la detección temprana de factores de riesgo cardiovascular, se implementó la estrategia institucional "Valora tu Riesgo", orientada al tamizaje cardiometabólico de la población, mediante la identificación de factores de riesgo como hipertensión arterial, diabetes mellitus, sobrepeso, obesidad y alteraciones metabólicas.

Estas actividades se desarrollaron en diferentes escenarios institucionales y comunitarios, incluyendo salas de espera de consulta externa, el puesto de salud de La Hermosa y jornadas extramurales realizadas en las veredas del municipio, facilitando el acceso a la población residente en zonas rurales y de difícil acceso.

De igual manera, se desarrollaron actividades de educación extramural dirigidas a la comunidad, enfocadas en la promoción de hábitos de vida saludables, la prevención de enfermedades cardiovasculares y el fortalecimiento del autocuidado, contribuyendo a la disminución de factores de riesgo modificables en la población.

- **Seguimiento y Mejoramiento Continuo de la Gestión**

Como parte del fortalecimiento de la gestión institucional, se realizaron reuniones mensuales con el equipo de salud, orientadas a evaluar el cumplimiento de metas, analizar los indicadores de gestión y establecer acciones de mejoramiento continuo, garantizando la calidad y efectividad de las intervenciones realizadas en el marco de la Ruta de Riesgo Cardiovascular.

- **Evaluación y seguimiento a indicadores - Plan de implementación de cada una de las rutas de atención integral contenidas en la Resolución 3280.**

INDICADOR	META	2024	2025
Cumplimiento de indicadores de las RUTAS	70%	66,20%	48,40%

Si bien el resultado final de los indicadores en la vigencia 2024 fue superior al obtenido en 2025, es importante tener en cuenta diversos factores que impactaron el comportamiento de los mismos durante el presente año, entre ellos:

- La migración del sistema de historia clínica de plataforma NET a plataforma WEB, lo que implicó procesos de adaptación operativa, ajustes en parametrización, validación de campos obligatorios y depuración de registros.
- La modificación por parte del Ministerio de Salud en las finalidades de la consulta, lo cual generó ajustes en la clasificación de atenciones y en la forma de consolidar los reportes.
- El cambio en la estructura de envío de información, pasando del formato TXT a JSON, situación que generó dificultades técnicas iniciales en el cargue, validación y

procesamiento de archivos, especialmente en las actividades de Promoción y Prevención (PyP).

No obstante, lo anterior, se destacan los siguientes aspectos positivos y logros alcanzados durante la vigencia 2025:

- ✓ **Seguimiento a Demanda Inducida:** Se realiza monitoreo permanente al indicador, evidenciándose mejoría progresiva. Actualmente se cuenta con un cumplimiento del 87%, frente a una meta establecida del 90% de la población objeto, lo que refleja un avance significativo y un esfuerzo continuo por fortalecer la captación efectiva de usuarios.

- ✓ **Mejoramiento de la Ruta Cardiovascular:** Se implementa y consolida la estrategia "Conoce tu Riesgo", desarrollada con la población atendida en el servicio de consulta externa, bajo el liderazgo de la enfermera responsable de la ruta y su equipo auxiliar. Esta estrategia ha permitido:

  - Mayor identificación temprana de factores de riesgo cardiovascular.
  - Incremento en la captación de pacientes para control y seguimiento.
  - Mejor adherencia a controles periódicos.
  - Mejoría progresiva en los indicadores asociados a la ruta.
  - Como buena práctica, se destaca la articulación entre consulta externa, enfermería y sistemas de información para la generación de listados nominales y seguimiento individualizado.

- ✓ **Avances en la Ruta Materno Perinatal:** Se evidencia mejoría en los indicadores asociados a esta ruta, producto del seguimiento continuo, articulación del equipo de salud y control estricto a los esquemas de atención establecidos.

  Se fortalece la calidad y oportunidad del reporte de información, alcanzando un 90% de cumplimiento en los indicadores de los informes semanales, superando la meta establecida, lo cual impacta positivamente los procesos de evaluación y toma de decisiones.

- ✓ **Recuperación y reprocesamiento de información RIPS:** En articulación con el área de Estadística y Sistemas, se realizó la recuperación de información mediante el reprocesamiento de los archivos RIPS cargados durante la vigencia 2025, mejorando la consistencia del dato y asegurando mayor confiabilidad en los reportes institucionales. Este ejercicio permitió:

  - Corregir inconsistencias derivadas del cambio de formato.
  - Recuperar registros que inicialmente no fueron validados correctamente.
  - Mejorar la consistencia entre producción asistencial e indicadores reportados.
  - Garantizar mayor confiabilidad en los reportes enviados a los entes de control.

Aunque la vigencia 2025 estuvo marcada por importantes cambios tecnológicos y normativos que impactaron inicialmente algunos resultados, se evidencia un trabajo continuo, técnico y articulado orientado al fortalecimiento de la calidad del dato, la mejora progresiva de los indicadores institucionales y el cumplimiento responsable del Plan de Operaciones Institucional.

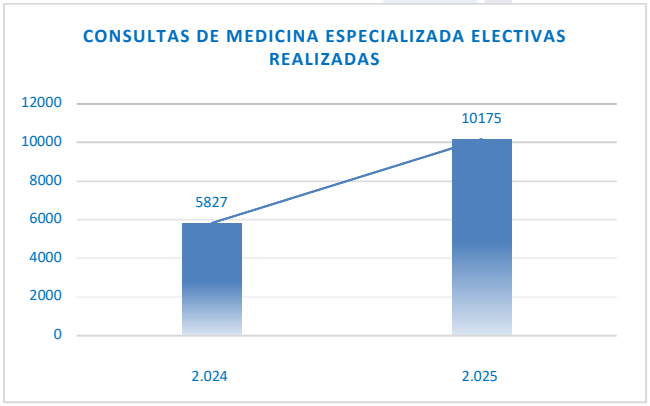
⇒ **CONSULTA EXTERNA**

- **Fortalecimiento del Talento Humano y Ampliación de la Oferta de Servicios**

La institución fortaleció su planta de talento humano en el área de consulta externa, contando con personal idóneo y calificado, comprometido con la prestación de una atención segura, humanizada y centrada en el usuario, generando confianza y satisfacción en la población atendida.

Es importante resaltar que, en comparación con la vigencia 2024, se logró ampliar la planta de especialistas, lo que permitió incrementar la oferta de servicios especializados, mejorar la oportunidad en la atención y aumentar la capacidad resolutiva institucional, utilizando de manera eficiente la infraestructura existente.

Este fortalecimiento fue posible gracias a la gestión de recursos ante el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el proyecto de fortalecimiento institucional, por un valor de $250.000.000, orientado a mejorar la prestación de los servicios de salud y ampliar la cobertura de atención especializada, lo que se reflejó en un incremento significativo en el número de consultas por especialista.





De igual manera, se fortaleció el talento humano mediante la vinculación de tres (3) médicos generales adicionales, permitiendo ampliar la capacidad de atención, mejorar la disponibilidad de agendas y facilitar el acceso de la población a los servicios de consulta externa.

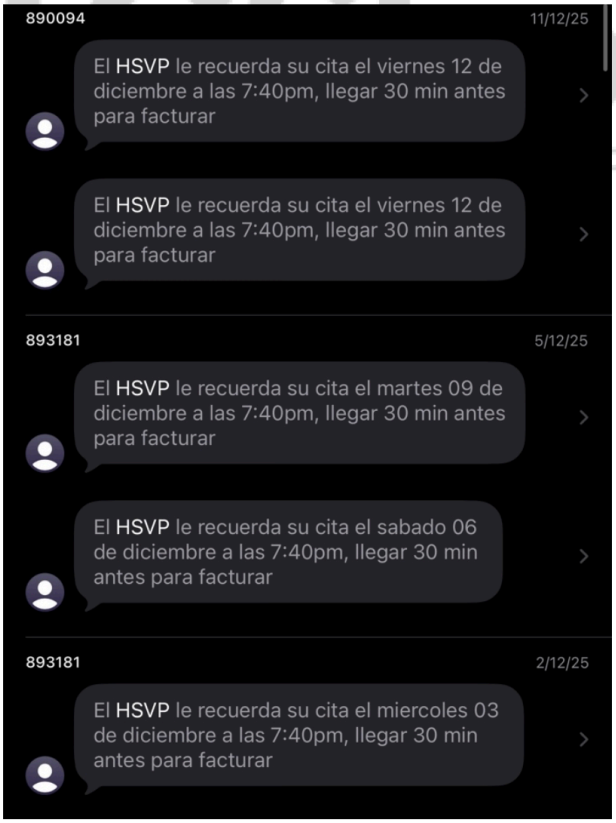
Con el propósito de mejorar la oportunidad en la asignación de citas y reducir los tiempos de espera, se implementaron diversos canales de acceso para la solicitud de citas médicas, facilitando la comunicación entre los usuarios y la institución y optimizando el proceso de asignación.

Asimismo, se implementaron estrategias orientadas al mejoramiento de la gestión de agendas, incluyendo la ampliación de los horarios de atención y la apertura de agendas los días sábado, lo que permitió aumentar la disponibilidad de citas y mejorar el acceso a los servicios.

De igual manera, se realizó seguimiento semanal a la oferta y demanda de servicios, garantizando la disponibilidad de agendas para los programas de promoción y mantenimiento de la salud y la atención de la morbilidad general, contribuyendo al fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional.

INDICADOR	META	2024	2025
Tiempo promedio de asignación de citas	3	2,34	2

- **Implementación de Estrategias para la Optimización de la Producción y la Continuidad en la Atención**



Como parte de las estrategias orientadas a mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios, se implementó un sistema de recordatorio de citas mediante mensajes de texto, con el fin de reducir el ausentismo y garantizar el aprovechamiento efectivo de las agendas disponibles.

INDICADOR	2024	2025	% DE DISMINUCION
Inasistencias	13766	3945	71%

Asimismo, se implementaron mecanismos de reaprovechamiento de citas canceladas, mediante su reasignación oportuna a otros usuarios, optimizando la utilización de la capacidad instalada y contribuyendo al aumento de la producción institucional.

De igual manera, se fortaleció la atención mediante la implementación de equipos básicos de salud, quienes realizaron atención en morbilidad general, contribuyendo a descongestionar las agendas de consulta externa y mejorar la oportunidad en la atención.

- **Incremento en la Producción de Servicios de Salud – Vigencia 2025**

El Hospital San Vicente de Paul evidenció un incremento significativo en la producción total de los servicios de salud, como resultado de la implementación de estrategias orientadas al fortalecimiento de la capacidad institucional, la optimización de los procesos asistenciales y la ampliación del acceso a la atención para la población del municipio y su área de influencia.

Este crecimiento en la producción estuvo asociado al fortalecimiento del talento humano, mediante la vinculación de nuevos profesionales de la salud, incluyendo médicos generales y especialistas, así como a la ampliación de horarios de atención, la optimización en la gestión de agendas y la implementación de estrategias orientadas a reducir el ausentismo y mejorar la oportunidad en la asignación de citas.

De igual manera, se fortalecieron los canales de acceso a los servicios de salud, se mejoró la articulación entre las diferentes áreas asistenciales y se implementaron estrategias de captación activa de usuarios, tanto en el ámbito intramural como extramural, contribuyendo al aumento en la cobertura y a la prestación oportuna de los servicios.

Asimismo, el fortalecimiento de la capacidad resolutiva institucional, el mejoramiento de la infraestructura y la dotación de los servicios, permitieron ampliar la oferta institucional, respondiendo de manera eficiente a las necesidades de la población y garantizando la continuidad en la atención.

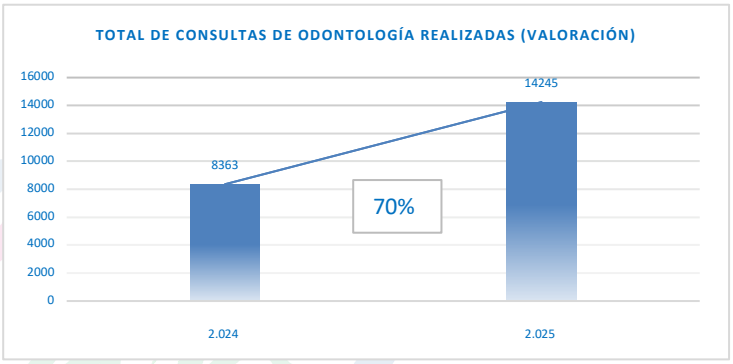
INDICADOR	META	2024	2025
% de crecimiento en producción	20%	20%	22%

⇒ **SALUD ORAL**

Servicio de salud oral del Hospital San Vicente de Paul presentó un incremento significativo en la producción de actividades asistenciales, como resultado de la implementación de estrategias orientadas al fortalecimiento de la promoción de la salud oral, la detección temprana de patologías y el acceso oportuno a los servicios odontológicos.

Este comportamiento positivo refleja el compromiso institucional con la prevención de enfermedades bucales, el fortalecimiento de la atención integral y el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios.





SERVICIO	**2.024**	**2.025**	**%variación**
Número de sesiones de odontología realizadas	20038	25151	26%
Total de tratamientos terminados (Paciente terminado)	5991	7796	30%
Sellantes aplicados	3179	4508	42%
Superficies obturadas (cualquier material)	10908	13315	22%
Exodoncias (cualquier tipo)	1795	1660	-8%

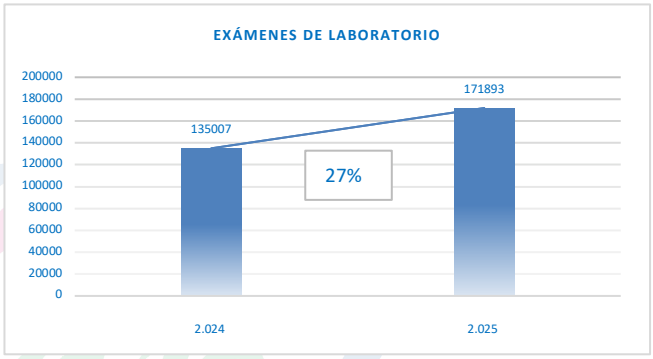
Es importante resaltar que las exodoncias presentaron una disminución del 8%, pasando de 1.795 en 2024 a 1.660 en 2025, lo que puede asociarse al fortalecimiento de las estrategias de prevención y tratamiento oportuno, contribuyendo a la conservación de las piezas dentales y al mejoramiento de la salud oral de la población.

El incremento en la producción del servicio de salud oral fue posible gracias a la implementación de diversas estrategias institucionales, entre las cuales se destaca el aumento en el número de valoraciones realizadas por odontólogo e higienista oral, fortaleciendo la captación temprana de pacientes y el inicio oportuno de tratamientos.

De igual manera, se fortaleció la capacidad instalada mediante la adquisición de dos (2) equipos de higiene oral tipo cavitrón, lo que permitió mejorar la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios, tanto en el ámbito intramural como extramural, ampliando la cobertura y facilitando el acceso a la población.

⇒ LABORATORIO CLINICO





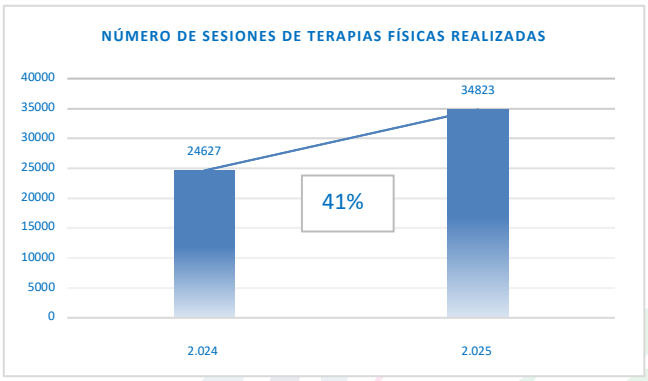
Este resultado refleja el fortalecimiento del servicio y la mayor capacidad de respuesta institucional frente a las necesidades diagnósticas de la población.

Este incremento fue posible gracias a la implementación de diversas estrategias orientadas a mejorar la accesibilidad, oportunidad y resolutividad del servicio. Entre las principales acciones se destaca la ampliación de los horarios de atención, lo que permitió aumentar la capacidad operativa y atender un mayor número de usuarios, tanto del área ambulatoria como intrahospitalaria.

Asimismo, se fortaleció el portafolio de servicios mediante la inclusión de nuevos exámenes, como la toma y procesamiento de gases, entre otros estudios diagnósticos, lo que permitió ampliar la oferta institucional. Esta ampliación contribuyó a mejorar la integralidad en la atención, optimizar los tiempos de diagnóstico y apoyar de manera más eficiente la toma de decisiones clínicas.

Estas acciones, en conjunto, contribuyeron al fortalecimiento del servicio de Laboratorio Clínico, consolidándolo como un componente fundamental en el apoyo diagnóstico y en el mejoramiento de la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud a la comunidad.

⇒ TERAPIA FISICA





El servicio de Terapia Física continúa consolidándose como un componente fundamental en los procesos de rehabilitación y recuperación funcional de los usuarios, ofreciendo atención integral en el manejo de condiciones musculoesqueléticas, mediante la intervención de profesionales idóneos y comprometidos con el bienestar, la funcionalidad y el mejoramiento de la calidad de vida de la población atendida.

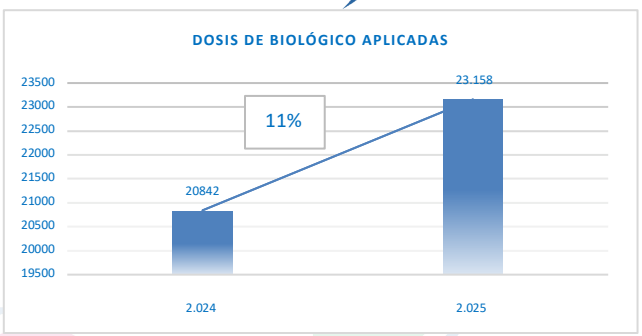
Este incremento fue posible gracias a la implementación de estrategias orientadas al fortalecimiento del servicio, entre las cuales se destaca la ampliación del talento humano, contando actualmente con dos fisioterapeutas de tiempo completo y un profesional de medio tiempo, lo que permitió extender el horario de atención desde las 6:00 a.m. hasta las 8:00 p.m., mejorando significativamente la accesibilidad y oportunidad en la prestación del servicio.

Asimismo, en el marco del convenio interadministrativo con la Alcaldía Municipal en la vigencia 2024 de a adquisición de diversos equipos y accesorios especializados, destinados a fortalecer la capacidad técnica del área de fisioterapia. Esta dotación permitió seguir optimizando la calidad de las intervenciones terapéuticas, mejorar los procesos de rehabilitación y brindar a los usuarios tratamientos más completos, oportunos y eficaces.

⇒ VACUNACIÓN

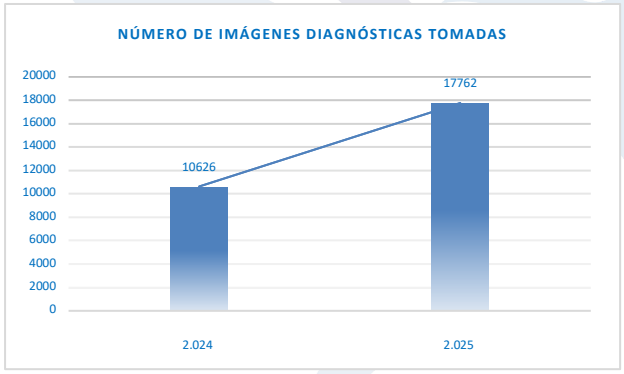
La ESE Hospital San Vicente de Paul ha realizado un trabajo constante a través del área de comunicaciones, reforzando la importancia del esquema regular de vacunación y cumpliendo con la Jornada Nacional de Vacunación. Este esfuerzo garantiza que la comunidad esté informada y motivada a completar sus esquemas de inmunización, contribuyendo al bienestar y la prevención de enfermedades en la población.





⇒ IMÁGENES DIAGNOSTICAS

El servicio de Imágenes Diagnósticas presentó un crecimiento significativo durante la vigencia 2025, consolidándose como un apoyo fundamental en los procesos de diagnóstico oportuno y toma de decisiones clínicas, contribuyendo a una atención más precisa, segura y eficaz para los usuarios.





La modernización tecnológica contribuye además a mejorar la precisión diagnóstica y la eficiencia en la prestación del servicio. lo que permitió mejorar la capacidad operativa del servicio, optimizar la calidad de las imágenes, reducir los tiempos de espera y aumentar la oportunidad en la atención.



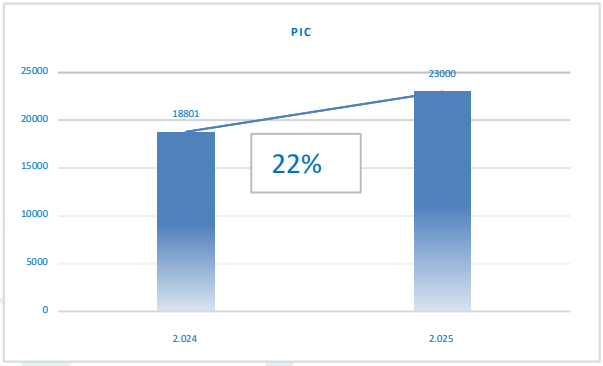






⇒ PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – P.I.C





Las acciones del plan de intervenciones colectivas se ejecutaron de manera integral en el municipio de Santa Rosa de Cabal, abarcando tanto la zona urbana como rural. El equipo multidisciplinar logró intervenir en todas las veredas y corregimientos previstos en el convenio interadministrativo, así como las 9 instituciones educativas del municipio y sus sedes.

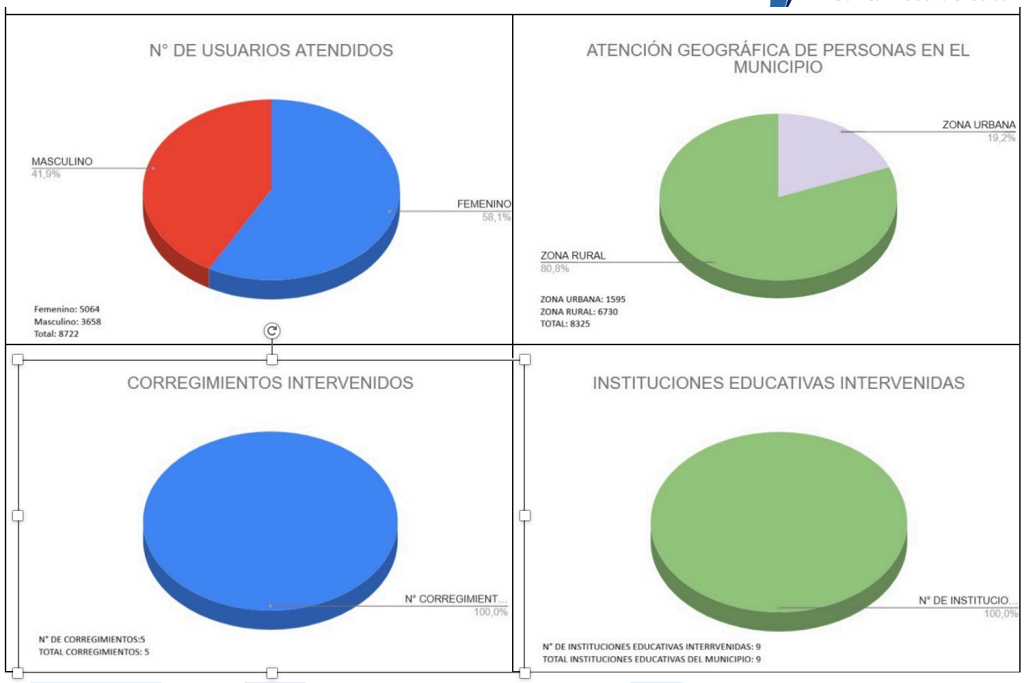
Se realizaron intervenciones en los tres albergues municipales, brindando atención interdisciplinar a la población adulta mayor. Así mismo, se llevaron a cabo acciones dirigidas a la población privada de la libertad en la estación de Policía, garantizando el acceso a servicios de promoción y prevención en salud.

Es importante destacar la labor desarrollada en el Centro de Salud de la Hermosa, una zona en constante crecimiento y con alta demanda de servicios, donde se fortalecieron los servicios de atención primaria.

A través de la campaña “Salud en tu Barrio”, se logró llegar a barrios marginales con importantes necesidades en salud, mediante la movilización de la unidad móvil y el equipo de PIC municipal.

Las actividades ejecutadas durante el año fueron ampliamente difundidas en medios de comunicación y redes sociales institucionales, evidenciando el compromiso con la promoción y prevención en salud, así como la transparencia en la gestión y el impacto positivo en la comunidad.

En cuanto a la APS municipal donde se realizaron 200 vistas se focalizo la población de los barrios Laureles, La Flora 1 y 2 , Bulevar del Café , Gauyacanes, Jardines , Las Américas, Santa Elena zona urbana del municipio se logra identificar a través de estas visitas varios hallazgos como: (población sin afiliación a una EPS ,personas en condiciones de vulnerabilidad que requieren una atención diferencial por parte de su EPS. estos hallazgos reposan en un informe que se entrega a la secretaria de salud del municipio para dicho seguimiento.



⇒ EQUIPO BASICOS EN SALUD – APS

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye el primer nivel de atención del sistema sanitario y se orienta a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación. Su enfoque integral permite intervenir los principales problemas de salud de la población desde el territorio, fortaleciendo la equidad y el acceso a los servicios.

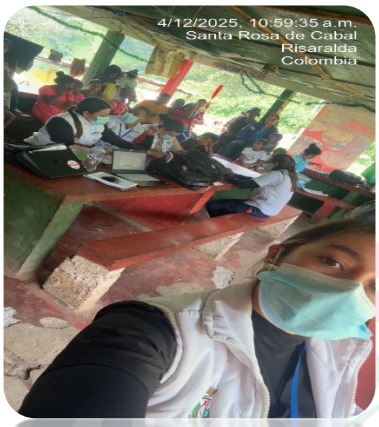
En este contexto, Los Equipos Básicos en Salud (EBS) implementada por la ESE Hospital San Vicente de Paúl busca acercar los servicios de salud a la población, mediante acciones de promoción, prevención y seguimiento a grupos de riesgo, especialmente pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

El resultado obtenido refleja un impacto positivo de las intervenciones desarrolladas desde la APS, tales como:

- ✓ Seguimiento periódico.
- ✓ Educación en estilos de vida saludables.
- ✓ Acompañamiento comunitario.
- ✓ Brigadas de salud

Seguimientos periódicos	8250
Educación en estilos de vida saludables	9780
Brigadas de salud	72 brigadas de salud
Pacientes atendidos en brigadas	1440
Acompañamiento comunitario	144 encuentros comunitarios

- **Brigadas de salud**









- **Acompañamiento comunitario**





- **Encuentros comunitarios**









El impacto de la APS se evidencia en el aumento del acceso oportuno a los servicios, la detección temprana de enfermedades, el fortalecimiento de actividades de promoción y prevención, y la reducción de complicaciones evitables. Asimismo, la articulación con líderes comunitarios y el respeto por las prácticas culturales favorecen una atención más humanizada y pertinente.

PROGRAMA: CUIDADO INTEGRAL EN SALUD

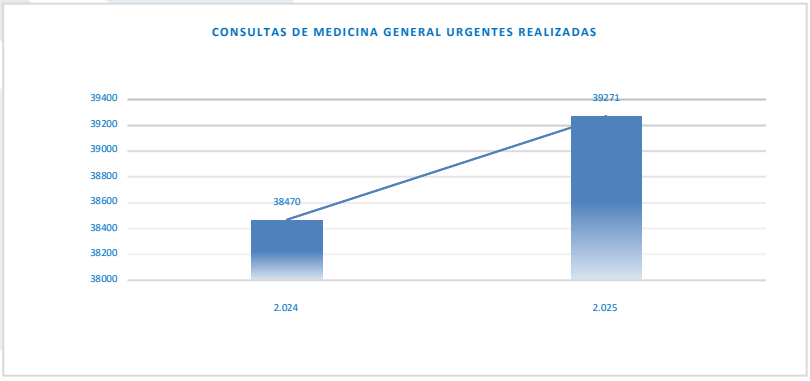
⇒ **URGENCIAS Y OBSERVACIÓN**

En el marco de la línea estratégica orientada al fortalecimiento de la prestación de servicios, la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul, durante la vigencia 2025, implementó diversas estrategias encaminadas a garantizar una atención segura, oportuna, humanizada y con calidad, en concordancia con la normatividad vigente y los lineamientos institucionales.



Con el propósito de mejorar los tiempos de triaje y garantizar la oportunidad en la atención, se realizaron capacitaciones dirigidas al personal auxiliar de enfermería, fortaleciendo sus competencias en la clasificación adecuada de los pacientes según su nivel de prioridad. Asimismo, se incrementó el recurso médico, lo que permitió mejorar los tiempos de valoración, optimizar el flujo de pacientes y brindar una atención más eficiente en el servicio de urgencias.





En relación con el proceso de referencia y contrarreferencia, la institución garantiza su funcionamiento las 24 horas, contando con un equipo de auxiliares de enfermería capacitado para la gestión oportuna de remisiones y el envío de historias clínicas a través de los canales establecidos. Adicionalmente, se dispone de un plan de contingencia que permite dar continuidad al proceso en caso de fallas en el sistema, mediante la comunicación directa con los auditores de las entidades responsables, asegurando la continuidad del cuidado de los pacientes.

Para fortalecer la capacidad de respuesta y garantizar la disponibilidad del servicio de transporte asistencial, la institución adelantó gestiones orientadas a la adquisición de una nueva ambulancia. Como resultado de estos esfuerzos, el hospital fue beneficiado a través de un proceso de participación ciudadana mediante el cual se asignará una ambulancia para su administración. Asimismo, el Ministerio de Salud y Protección Social otorgó viabilidad para la adquisición de una nueva ambulancia, encontrándose actualmente en proceso la expedición de la resolución correspondiente y el traslado de los recursos. Estas

acciones permitirán fortalecer la capacidad operativa institucional y garantizar el traslado oportuno y seguro de los pacientes que requieren atención en otros niveles de complejidad.

En el marco de la política de humanización, se desarrollaron jornadas de sensibilización dirigidas al personal institucional, promoviendo una atención centrada en el usuario y su familia. De igual forma, se realizaron importantes mejoras en la infraestructura y dotación hospitalaria, incluyendo la dotación de ropa hospitalaria, la instalación de televisores en salas de espera, sala de líquidos de urgencias y habitaciones de hospitalización, así como la disponibilidad permanente de agua caliente. Asimismo, se fortalecieron las condiciones de bienestar mediante la adecuación de la cocina institucional, garantizando la entrega de alimentación en condiciones óptimas, contribuyendo a una mejor experiencia del paciente durante su estancia hospitalaria

En el componente materno perinatal, se fortalecieron las estrategias de parto humanizado y la identificación oportuna del riesgo obstétrico, mediante la capacitación del talento humano en la atención de emergencias obstétricas, incluyendo el código rojo. Además, se implementaron prácticas de parto humanizado, incorporando técnicas como la aromaterapia y el acompañamiento integral a la gestante. Se adquirieron dispositivos médicos especializados, tales como bolsa cuantificadora de sangrado, balón de Bakri y traje antichoque, fortaleciendo la capacidad de respuesta ante emergencias obstétricas y contribuyendo a la reducción de riesgos maternos.

En el marco de la seguridad del paciente, se implementaron paquetes instruccionales y se realizaron rondas periódicas de seguridad, orientadas a verificar el cumplimiento de los protocolos institucionales, incluyendo la identificación segura del paciente. Asimismo, se fortaleció la dotación institucional mediante la adquisición de camillas, sillas de ruedas, camilla para sala de reanimación y trauma, laringoscopios, selladora para la central de esterilización, y demás elementos necesarios para garantizar una atención segura y de calidad.

Equipo	Cantidad
Camilla hospitalaria de transporte y reanimación	1
Camilla clínica para servicios de urgencias	4
Camilla ginecológica eléctrica	1
Termohigrómetros	5
Traje de choque	1
Pato pisingo en acero Inoxidable	5
Pato coprológico en acero inoxidable	5
Pato pisingo cuantificador	2
infantómetro	1
Silla de ruedas	4
Silla ergonómica	1
Cambiador de pañales	4
scaler	2
Puntas scaler	20
Contra ángulos	4
Kit integral de laringoscopio	1
Valvas de entubación difícil para video laringoscopio (caja x 12)	1
Congelador para almacenamiento de muestras biológicas	1
Resitencia Autocalve	2
Lapiz Scaler	1

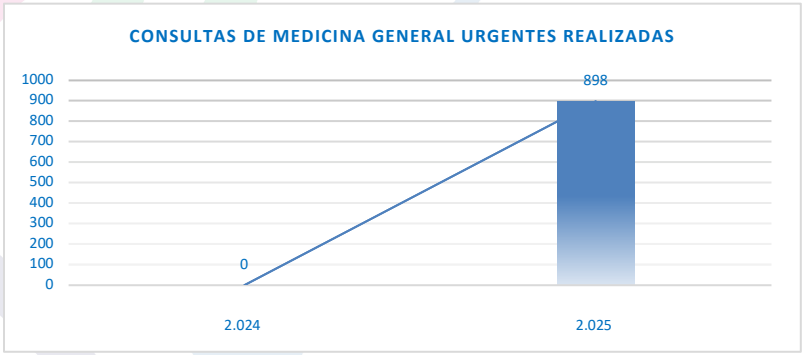




Adicionalmente, se fortaleció el seguimiento a pacientes con reingresos al servicio de urgencias y hospitalización, mediante el monitoreo permanente de los casos y la implementación de acciones orientadas a mejorar la continuidad del cuidado y prevenir reingresos evitables.

Finalmente, se fortaleció el modelo de atención integral mediante la realización de rondas interdisciplinarias con especialistas de diferentes áreas como psicología, pediatría, medicina interna y ginecología, así como la disponibilidad de servicios diagnósticos como ecografías y ecocardiogramas, garantizando una atención integral, oportuna y centrada en las necesidades del paciente.





Estas acciones permitieron fortalecer la calidad, seguridad, humanización y oportunidad en la prestación de los servicios de salud, contribuyendo al mejoramiento continuo de la atención y al bienestar de la población atendida durante la vigencia 2025.

PROGRAMA: AUDITORIA PARA LA CALIDAD Y RUTA HACIA LA ACREDITACION

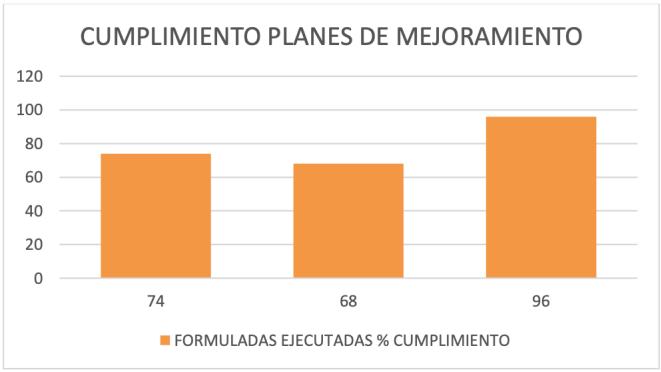
⇒ **Ruta hacia la acreditación**

La E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal consolidó avances significativos en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, evidenciando resultados sobresalientes en el fortalecimiento del PAMEC, la cultura de seguridad del paciente, la humanización de la atención y la preparación para el proceso de acreditación en salud.

- **Liderazgo institucional en el manejo del PAMEC a nivel departamental**

La institución se posicionó como referente en la gestión del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) en el departamento de Risaralda, alcanzando niveles de desarrollo comparables con hospitales de mayor complejidad como el Hospital Santa Mónica y el Hospital San Jorge de Pereira.

- ✓ PAMEC estructurado, actualizado y ejecutado de manera sistemática y articulada con todos los procesos institucionales.
- ✓ Cumplimiento del **95,9% de los planes de mejoramiento**, evidenciando alta capacidad de gestión y cierre de brechas.
- ✓ Ejecución del **100 % de las auditorías internas programadas**.
- ✓ Integración del PAMEC con el proceso de acreditación.
- ✓ Seguimiento permanente mediante ciclo PHVA y comités de calidad.



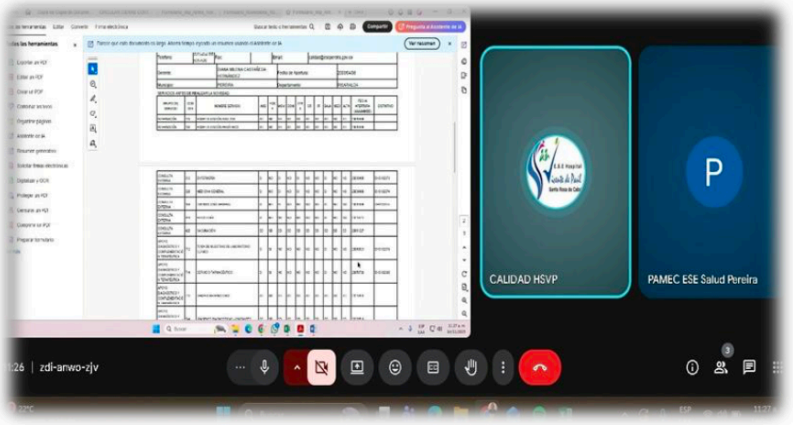


- **Institución referente y centro de aprendizaje en calidad en salud**

La E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl fue visitada por varias instituciones del departamento (Santuario, Quinchía, La Virginia, Guática y E.S.E. Salud Pereira), interesadas en conocer el modelo institucional de gestión de calidad y la implementación del PAMEC.

- ✓ Intercambio de experiencias y socialización de metodologías institucionales.
- ✓ Transferencia de conocimiento en auditoría, seguridad del paciente y humanización.
- ✓ Posicionamiento del hospital como referente técnico en calidad en salud en Risaralda.
- ✓ Fortalecimiento de redes interinstitucionales de calidad.
- ✓ Apertura institucional al aprendizaje colaborativo.
- ✓ Estandarización de procesos de calidad replicables en otras ESE.





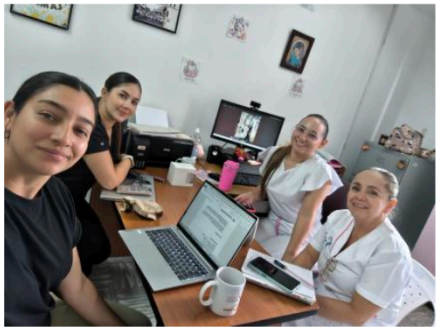


- **Resultados sobresalientes en auditorías externas y cumplimiento normativo**

La institución obtuvo altos porcentajes de cumplimiento en las auditorías externas realizadas durante la vigencia 2025, con mínimos requerimientos de planes de mejoramiento, lo cual evidencia la madurez del sistema de calidad institucional.

- ✓ Servicios habilitados en cumplimiento de la Resolución 3100 de 2019.
- ✓ Autoevaluación anual de estándares con mejoras sostenidas.
- ✓ Mínimas no conformidades en evaluaciones externas.
- ✓ Mayor confianza de entes de control y aseguradores.
- ✓ Reducción del riesgo institucional y legal.
- ✓ Autoevaluación permanente de estándares.

- ✓ Preparación continua para auditorías y acreditación.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud Departamental

CONSTANCIA DE ASESORÍA Y ASISTENCIA TÉCNICA

Día: 17	Mes: JULIO	Año: 2025	Municipio: PEREIRA	Dependencia: TECNICA-ASISTENCIAL

Objetivo (s):
Realizar la revisión y evaluación de las historias clínicas de los pacientes con diagnósticos relacionados con Infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA), con el fin de verificar el cumplimiento de los criterios de calidad, oportunidad y pertinencia en la atención brindada, conforme a los lineamientos institucionales y normatividad vigente.

Conclusión(es):
1. La ESE Hospital San Vicente de Paul, del municipio de Santa Rosa de Cabal, presenta un alto nivel de cumplimiento (90%) en la calidad del registro y atención clínica de los pacientes con infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda. El resultado refleja un compromiso institucional con la calidad de la atención y el seguimiento a las guías clínicas. Se recomienda dejar un registro de asistencia en donde el padre y/o cuidador firme, dando constancia que se le dio educación para cuidados del menor.

- **Experiencia exitosa departamental en humanización en salud**

La E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl fue seleccionada como experiencia exitosa en humanización en el departamento de Risaralda, gracias a la estructuración del programa institucional conforme a los ejes de humanización y a estrategias diferenciales de atención.

- ✓ Programa de humanización organizado por ejes estratégicos.
- ✓ Implementación de acciones de bienestar laboral y acompañamiento psicosocial.
- ✓ Inclusión de estrategias de atención diferencial.
- ✓ Mejora en la experiencia del usuario y satisfacción de pacientes.
- ✓ Fortalecimiento del trato digno y la atención centrada en la persona.
- ✓ Acompañamiento a población sorda durante el proceso de atención en salud.
- ✓ Capacitación permanente al talento humano en humanización.
- ✓ Actividades lúdicas y estrategias de bienestar laboral.





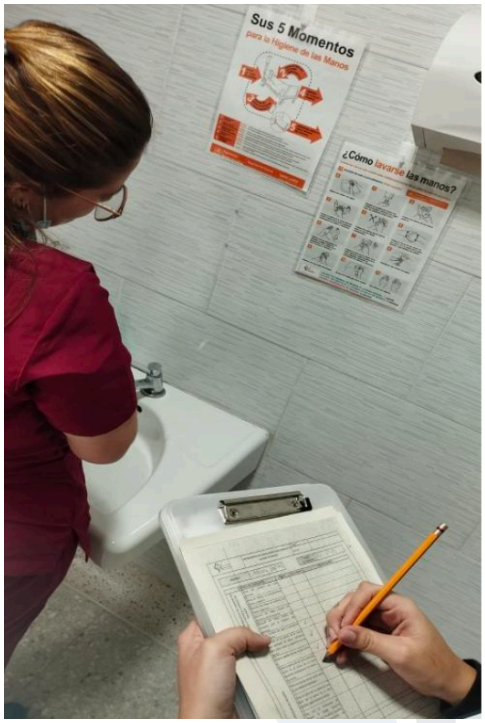


- **Fortalecimiento de la seguridad del paciente y cultura del reporte**

Se consolidó el programa institucional de seguridad del paciente, con énfasis en el reporte, análisis y gestión de eventos adversos.

- ✓ Rondas de seguridad del paciente con listas de chequeo estandarizadas.
- ✓ Funcionamiento mensual del Comité de Seguridad del Paciente.
- ✓ Análisis de eventos mediante Protocolo de Londres
- ✓ Mayor adherencia a prácticas seguras.

- ✓ Fortalecimiento de la cultura del reporte y gestión del riesgo.
- ✓ Uso del aplicativo institucional para reporte de eventos.
- ✓ Capacitación continua en seguridad del paciente.





En la vigencia 2025, la gestión de calidad de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl evidenció un nivel de madurez institucional significativo, reflejado en el liderazgo departamental en PAMEC, el reconocimiento como experiencia exitosa en humanización, los altos resultados en auditorías externas y el fortalecimiento de la seguridad del paciente.

Estos logros consolidan a la institución como referente en calidad en salud en el departamento de Risaralda y fortalecen las bases para la sostenibilidad del proceso de acreditación y la prestación de servicios seguros, humanizados y centrados en el usuario.

⇒ **AUDITORIA PARA LA CALIDAD**

Durante el año 2025 se realizaron ejercicios de auditoría médica orientados a evaluar la adherencia a las guías de práctica clínica en patologías de alta prevalencia institucional, especialmente:

- ✓ Hipertensión arterial en población adulta.
- ✓ Desnutrición aguda moderada en menores de 5 años.
- ✓ Crisis hipertensiva gestacional (diseño e implementación de instrumento de auditoría de historia clínica).

Adicionalmente, se desarrollaron auditorías de adherencia a la guía de historia clínica (primera vez, control y prescripción), con corte a 2025, que permitieron medir de manera cuantitativa el nivel de cumplimiento frente a los estándares institucionales.

- **Hipertensión arterial (HTA):**

Se auditó una muestra de 96 historias clínicas de un universo de 11.818 atenciones entre enero y octubre de 2025, lo que permitió obtener una visión representativa del manejo de la HTA en la institución.

Se obtuvo un promedio de cumplimiento global del 90,7% frente a los criterios definidos en la Guía de Atención Integral para la Enfermedad Hipertensiva, adoptada mediante el acto administrativo G-027-2024.

Varios profesionales alcanzaron porcentajes de cumplimiento superiores al 90%, destacándose fortalezas en:

- ✓ Evaluación renal completa y confirmación con microalbuminuria.
- ✓ Uso sistemático de la escala de riesgo cardiovascular de Framingham.
- ✓ Prescripción adecuada de tratamiento combinado según el perfil del paciente.
- ✓ Implementación de dieta DASH, reducción de sodio y metas tensionales definidas.
- ✓ Seguimiento estructurado por equipo multidisciplinario.

- **Desnutrición aguda moderada en menores de 5 años:**

Se auditó un total de 10 historias clínicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de desnutrición aguda moderada (E440), atendidos entre enero y octubre de 2025.

El promedio general de cumplimiento fue del 92,4%, con calificaciones individuales entre 85% y 100%.

Por dominios de evaluación se obtuvieron los siguientes resultados:

- ✓ Identificación del paciente: 100%.
- ✓ Diagnóstico de desnutrición: 100%.
- ✓ Clasificación del escenario de manejo: 100%.
- ✓ Tratamiento terapéutico: 91%.
- ✓ Fases del tratamiento: 100%.
- ✓ Seguimiento y egreso: 75%.
- ✓ Articulación intersectorial: 96%.
- ✓ Vigilancia en salud pública: 58%.
- ✓ Calidad del registro clínico: 100%.

- **Crisis hipertensiva gestacional – instrumento de auditoría**

Se diseñó e implementó un Instrumento de Auditoría para Historias Clínicas de Crisis Hipertensiva Gestacional, estructurado en 20 ítems clave, entre ellos:

- ✓ Registro de presión arterial inicial y seriada.
- ✓ Accesos venosos, monitoria fetal continua y control tensional cada 5 minutos.

- ✓ Inicio y escalonamiento de antihipertensivos (Nifedipino, Labetalol, nitroprusiato).
- ✓ Uso de sulfato de magnesio, esteroides cuando aplica, control de líquidos y manejo de edema pulmonar.
- ✓ Remisión oportuna, comunicación con paciente, familia y equipo, y definición de plan postparto.

Este instrumento se incorporó como herramienta de apoyo para evaluar la adherencia a la guía institucional y estandarizar el manejo de estos eventos críticos en los servicios asistenciales.

- **Auditoría de adherencia a la guía de historia clínica (primera vez, control y prescripción):**

Se evaluó la adherencia a la guía de historia clínica en tres componentes:

✓ **Historia clínica de primera vez:**

- Total, ítems evaluados: **460**.
- Ítems cumplidos: **397**.
- **Porcentaje de adherencia: 86%**.

✓ **Historia clínica de control:**

- Total, ítems evaluados: **32**.
- Ítems cumplidos: **31**.
- **Porcentaje de adherencia: 97%**.

✓ **Evaluación de la prescripción:**

- Total, ítems evaluados: **7**.
- Ítems cumplidos: **7**.
- **Porcentaje de adherencia: 100%**.

Por servicio se obtuvo:

- ✓ **Urgencias general:** 365 ítems evaluados, 310 cumplidos, con una adherencia del **84,93%**.
- ✓ **Consulta externa:** 66 ítems evaluados, 61 cumplidos, con una adherencia del **92,42%**.

Por profesional médico, la adherencia a la guía osciló entre aproximadamente **50% y 86,7%**, identificando tanto profesionales con muy buen desempeño como otros con oportunidades claras de mejora, lo cual orienta los planes de capacitación y seguimiento individual

- **Impactos positivos**

- ✓ Se consolidó una cultura de práctica clínica basada en guías, con porcentajes de cumplimiento global ≥90% en HTA y desnutrición, y con adherencias altas en historia clínica de control y prescripción, lo que se traduce en mayor seguridad del paciente y calidad de la atención.

- ✓ La auditoría por profesional permitió retroalimentación focalizada del talento humano en salud y orientó acciones educativas según necesidades reales.
- ✓ En desnutrición, el alto cumplimiento en identificación, diagnóstico, fases del tratamiento y calidad del registro favorece la detección oportuna y el manejo integral, disminuyendo el riesgo de complicaciones.
- ✓ La creación de instrumentos específicos (como el formato de crisis hipertensiva gestacional) fortalece la homogeneidad del abordaje clínico en situaciones de alto riesgo materno-fetal.

- **Buenas prácticas implementadas**

  - ✓ Uso sistemático de herramientas validadas (Framingham, criterios de desnutrición, fases de tratamiento, listas de chequeo).
  - ✓ Incorporación de intervenciones no farmacológicas estructuradas (dieta DASH, reducción de sodio, educación al paciente y la familia).
  - ✓ Diseño y uso de formatos estandarizados de auditoría para historia clínica general, desnutrición y crisis hipertensiva gestacional.
  - ✓ Retroalimentación individual a los profesionales asistenciales con sus porcentajes de cumplimiento y recomendaciones específicas de mejora.

Realizar seguimiento desde auditoría médica a la correcta utilización de medicamentos, insumos y ayudas diagnósticas el seguimiento a la correcta utilización de medicamentos, insumos y ayudas diagnósticas se realizó de manera integrada dentro de las auditorías clínicas de HTA, desnutrición aguda y crisis hipertensiva gestacional, así como en la evaluación de la prescripción en la guía de historia clínica.

- Principales avances y resultados

  - ✓ **Medicamentos en HTA:**
    - Verificación de la adecuada indicación de tratamiento combinado en pacientes con cifras tensionales elevadas o alto riesgo cardiovascular.
    - Uso pertinente de diuréticos tiazídicos como primera línea, según recomendaciones de la guía.
    - Ajuste de la farmacoterapia a metas tensionales y estratificación del riesgo, con énfasis en metas intensivas en pacientes de alto riesgo.

  - ✓ **Medicamentos y soporte en desnutrición aguda:**
    - Uso adecuado de micronutrientes, fórmulas terapéuticas y esquemas de tratamiento según la fase de manejo.
    - Identificación de oportunidades para mejorar la documentación de la indicación o no de antibióticos y antiparasitarios, y de la evaluación del síndrome de realimentación.

  - ✓ **Manejo farmacológico y soporte en crisis hipertensiva gestacional:**
    - Inclusión en el instrumento de criterios específicos para el uso escalonado de antihipertensivos, sulfato de magnesio, esteroides y manejo de líquidos.
    - Estándares claros que permiten evaluar la pertinencia del tratamiento en escenarios de alta complejidad.

- ✓ **Evaluación de la prescripción – historia clínica:**
    - Se alcanzó un 100% de adherencia en la evaluación de la prescripción, evidenciando que las órdenes médicas se ajustan a los criterios definidos en la guía institucional (7 ítems evaluados – 7 cumplidos).

- ✓ **Ayudas diagnósticas e insumos:**
    - En HTA se destacó el uso adecuado de MAPA, evaluación renal integral y recomendaciones para fortalecer la solicitud de ecocardiograma en pacientes con hipertensión de larga evolución o con evidencia de daño de órgano blanco.
    - En desnutrición se garantizó el uso de indicadores antropométricos completos (peso/talla, puntajes Z, perímetro braquial), así como la articulación con vigilancia en salud pública y redes intersectoriales, con necesidad de mejorar la documentación de la notificación a SIVIGILA.

- **Impactos positivos**

- ✓ Se ha fortalecido el uso racional de medicamentos y ayudas diagnósticas, reduciendo la variabilidad injustificada en la práctica clínica.
- ✓ La información derivada de las auditorías sirve de base para planificar capacitaciones específicas en farmacoterapia y uso adecuado de ayudas diagnósticas (ej. ecocardiograma en HTA de larga evolución, manejo del síndrome de realimentación).
- ✓ Se asegura que el uso de recursos esté alineado con la mejor evidencia disponible y la normatividad vigente, contribuyendo a la eficiencia institucional.

- Buenas prácticas implementadas

- ✓ Inclusión de criterios de uso de medicamentos e insumos dentro de los formatos de auditoría.
- ✓ Fortalecimiento del enfoque en antihipertensivos de primera línea y combinaciones racionales en HTA.
- ✓ Recomendaciones formales para mejorar la documentación en el uso de antibióticos, antiparasitarios y manejo del síndrome de realimentación.
- ✓ Enfoque en ayudas diagnósticas pertinentes, como MAPA y ecocardiograma, especialmente en subgrupos de alto riesgo.

- **Auditar el diligenciamiento, pertinencia y calidad de las historias clínicas**

La auditoría realizada en 2025 incluyó la revisión detallada del diligenciamiento, pertinencia y calidad de las historias clínicas, tanto en población pediátrica con desnutrición aguda, como en pacientes adultos con HTA, crisis hipertensiva gestacional y en el marco de la guía de historia clínica institucional.

- **Calidad del registro en desnutrición aguda:**
    - El dominio de calidad del registro clínico obtuvo un cumplimiento del 100%, con historias clínicas completas, legibles, cronológicas y con uso de formatos estandarizados.
    - La identificación del paciente y la codificación diagnóstica alcanzaron un cumplimiento del 100%, lo que garantiza trazabilidad y seguridad en el proceso asistencial.

- **Estructura de auditoría por dominios:**
    - La auditoría en desnutrición se organizó en nueve dominios, facilitando la detección de fortalezas y oportunidades específicas (identificación, diagnóstico, tratamiento, fases, seguimiento, vigilancia, articulación intersectorial, etc.).

- **Instrumento de auditoría de historia clínica en crisis hipertensiva gestacional:**
    - El formato elaborado define el contenido mínimo esperado (registros tensionales, intervenciones, medicamentos, paraclínicos, remisión, comunicación, plan postparto), favoreciendo la estandarización del registro en cuadros críticos.

- **Auditoría de historia clínica – primera vez, control y prescripción:**
    - Historia clínica de primera vez: 86% de adherencia (397 de 460 ítems cumplidos).
    - Historia clínica de control: 97% de adherencia (31 de 32 ítems cumplidos).
    - Evaluación de la prescripción: 100% de adherencia (7 de 7 ítems cumplidos).
    - Por servicios:
        - Urgencias general: 84,93% de adherencia.
        - Consulta externa: 92,42% de adherencia.
    - Por profesional, los porcentajes de adherencia oscilaron entre el 50% y el 86,7%, identificando claramente a los profesionales que requieren acompañamiento y fortalecimiento en la calidad del registro.

- **HTA – registro clínico y seguimiento:**
    - Se evidencian buenos niveles de documentación del riesgo cardiovascular, metas tensionales, intervenciones no farmacológicas y seguimiento multidisciplinario, especialmente en los profesionales con mayor adherencia (>90%).
    - Se recomendaron mejoras en la documentación sistemática de metas tensionales explícitas y resultados de ayudas diagnósticas de seguimiento (ej. ecocardiograma).

- **Impactos positivos**

✓ La alta calificación en calidad del registro clínico y adherencia a la guía de historia clínica se traduce en mejor continuidad del cuidado, soporte sólido para auditorías internas y externas, y mayor seguridad del paciente.
✓ La estandarización del contenido de la historia clínica en escenarios críticos (desnutrición, crisis hipertensiva gestacional, HTA) reduce la variabilidad y favorece la toma de decisiones clínicas oportunas y basadas en evidencia.
✓ La evaluación por dominios y por servicio (urgencias, consulta externa) permite dirigir acciones de mejora hacia áreas o procesos con mayor brecha de adherencia.

- **Buenas prácticas implementadas**

✓ Uso de formatos estandarizados de historia clínica y listas de verificación para auditoría.
✓ Evaluación sistemática de la calidad del registro como dominio independiente en las auditorías clínicas.
✓ Propuesta de capacitaciones continuas al personal médico y de enfermería en criterios de egreso, documentación de la notificación obligatoria y registro de fases del tratamiento.
✓ Recomendaciones para actualizar formatos clínicos incorporando campos obligatorios de notificación a vigilancia en salud pública, criterios de egreso y seguimiento post egreso.

⇒ **Relación Docencia de Servicio**

La ESE Hospital San Vicente de Paul cuenta con una política que se compromete a proporcionar escenarios de aprendizaje práctico para los estudiantes, complementando el desarrollo de competencias adquiridas en las instituciones educativas. Este proceso está basado en una relación de docencia-servicio, orientada a garantizar la excelencia académica en la formación de los estudiantes, mientras se aseguran servicios de salud de calidad, con un enfoque en seguridad, humanización y el buen uso de las tecnologías disponibles.

El objetivo principal de esta política es integrar la formación profesional con la prestación del servicio de salud, permitiendo que los estudiantes puedan aplicar sus conocimientos en un entorno real y que, al mismo tiempo, contribuyan al bienestar de los pacientes.
Actualmente, la ESE Hospital San Vicente de Paul mantiene convenios vigentes con diversas instituciones educativas, lo que refuerza el compromiso con la formación de futuros profesionales de la salud, ampliando las oportunidades de aprendizaje para estudiantes de diferentes áreas.

INSTITUTOS DE EDUCACIÓN TECNICA

PEDESALUD

INEC

IDONTEC – SANTA ROSA DE CABAL

CORPORACIÓN EDUCATIVA MILENIUM

INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE LAS AMERICAS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

UNIVERSIDAD LIBRE

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES

UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS – UNIMINUTO

PROGRAMA: PARTICIPACIÓN CIUDADANA

⇒ **PQRS (Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias)**

Durante el periodo reportado, el personal del SIAU ha participado en talleres técnico-operativos y de humanización para fortalecer la calidad de la atención. Las temáticas abordadas incluyen:

- ✓ **Salud Mental y Bienestar en la Atención al Usuario:** Capacitación centrada en la identificación de señales de alerta, pautas de autocuidado para funcionarios y socialización de la **Ruta de Atención en Salud Mental** (Canales de Urgencias, Consulta Externa y Valoración Especializada).
- ✓ **Atención con Enfoque Diferencial (23 de diciembre de 2025):** Formación sobre el marco legal (Artículo 13 constitucional) para garantizar la inclusión y eliminar barreras en grupos poblacionales clave como indígenas, personas con discapacidad, población LGBTIQ+ y víctimas del conflicto.
- ✓ **Servicio al Cliente y Comunicación Asertiva:** Módulos sobre los atributos del buen servicio (Amabilidad, Oportunidad, Confiabilidad y Empatía) y técnicas de comunicación como el "Disco Rayado" y la "Escucha Activa".
- ✓ **Deberes y Derechos de los Usuarios (30 de diciembre de 2025):** Socialización del manual para garantizar una orientación humanizada, clara y segura, destacando el derecho al trato digno y la autonomía del paciente.
- ✓ **Control Social y Participación Ciudadana:** Instrucción sobre el rol del SIAU como facilitador de mecanismos de vigilancia ciudadana, tales como la Asociación de Usuarios, Comités de Ética y Rendición de Cuentas.

- **RESULTADOS Y EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS**

El cumplimiento de estas actividades se ha verificado mediante:

- ✓ **Evaluaciones Post-Test:** Se aplicaron pruebas de conocimientos sobre derechos/deberes y enfoque diferencial para asegurar la comprensión de los temas.
- ✓ **Gestión Operativa:** El equipo demostró competencia en el manejo de herramientas como el enlace **ETEMCO** para la gestión de novedades de personal y el diligenciamiento de bitácoras de aseo y turnos.

- **JORNADAS DE RETROALIMENTACIÓN Y MEJORA CONTINUA**

- ✓ **Reconocimiento al Equipo (16 de octubre de 2025):** Se realizó una jornada de retroalimentación participativa para fortalecer la cultura organizacional, reconociendo el compromiso y la actitud de servicio de los integrantes del SIAU.
- ✓ **Compromisos Adquiridos:**
  - Mantener la puntualidad (10 minutos antes del inicio del turno).
  - Respetar estrictamente los tiempos de descanso y almuerzo para no afectar la cobertura del servicio (ej. uso del grupo de comunicación para anunciar salidas y regresos).
  - Garantizar la organización y limpieza de los puestos de servicio.

- **DESDE EL APARATADO DE ATENCIÓN AL CLIENTE**

Basado en el **Protocolo SIAU (Versión 03)** y las actas de capacitación del **Hospital San Vicente de Paúl**, he diseñado este apartado de cumplimiento técnico. Este enfoque demuestra cómo la labor diaria del personal se alinea con la normativa de **Atención al Usuario** y el cumplimiento de **Deberes y Derechos**.

- **Cumplimiento en el Modelo de Atención al Usuario (Los 4 Atributos del buen servicio)**

La labor del SIAU ha integrado los pilares definidos en el protocolo para garantizar una experiencia humanizada:

- ✓ **Amabilidad:** Se ha cumplido con el protocolo de saludo institucional, contacto visual y el uso de un tono de voz adecuado, evitando términos que infantilicen al usuario (ej. no usar "abuelito", "reina").
- ✓ **Oportunidad:** Reducción de tiempos de espera mediante la organización de turnos y el respeto estricto de los horarios de ventanilla (pausas de 15 min y almuerzos de 30 min debidamente coordinados).
- ✓ **Confiabilidad:** Suministro de información veraz basada en la oferta de servicios de la E.S.E., evitando falsas expectativas en el usuario.
- ✓ **Empatía:** Aplicación de la escucha activa para validar las emociones del usuario, especialmente en situaciones de crisis o dolor.

- **Garantía de Derechos del Usuario**

El personal del SIAU actúa como veedor y facilitador de los siguientes derechos fundamentales:

Derecho Garantizado	**Acción de Cumplimiento Realizada**
Trato Digno	Atención sin discriminación por raza, religión, orientación sexual o condición socioeconómica (Enfoque Diferencial).
Privacidad	Manejo confidencial de la información y respeto a la intimidad durante la orientación en ventanilla o consultorios.
Información Clara	Explicación sencilla de los trámites administrativos, requisitos para citas y rutas de atención en salud mental.
Canales de Queja	Socialización y disponibilidad de buzones, encuestas de satisfacción y el formulario de PQRSF para el control social.

- **Promoción de los Deberes del Usuario**

La labor del SIAU no es solo asistencial, sino educativa. Se ha dado cumplimiento a la pedagogía de los deberes mediante:

- ✓ **Cultura de la Corresponsabilidad:** Se informa al usuario sobre la importancia de **tratar con respeto al personal hospitalario** y cuidar las instalaciones.
- ✓ **Cumplimiento de Citas:** Orientación sobre la cancelación oportuna de servicios para permitir que otros usuarios accedan a la atención.
- ✓ **Información Veraz:** Exigencia de documentos de identidad actualizados y datos de contacto reales para el seguimiento de su proceso de salud.

- **Aplicación del Enfoque Diferencial (Art. 13 Constitución)**

En cumplimiento con el protocolo actualizado a junio de 2025, el SIAU ha implementado:

- ✓ **Priorización:** Atención preferencial a adultos mayores, mujeres gestantes, niños y personas con discapacidad física o cognitiva.
- ✓ **Identidad de Género:** Respeto absoluto a la identidad de género de la población LGBTIQ+, utilizando el nombre social en el trato directo según lo estipulado en las capacitaciones de diciembre.
- ✓ **Lenguaje Inclusivo:** Eliminación de barreras comunicativas y actitudinales que impidan el acceso equitativo a la salud.

- **DESDE EL ROL DEL TRABAJO SOCIAL COMO PARTE DEL SIAU**

PROCESO: Gestión Social y Atención al Usuario

- **LIDERAZGO Y GESTIÓN OPERATIVA DEL SIAU**

Se ha dado cumplimiento al liderazgo del modelo de servicio, coordinando los canales de acceso para garantizar la oportunidad en la atención:

- ✓ **Gestión de Canales:** Supervisión y operatividad del *Call Center*, recordatorios y asignación de citas presenciales.
- ✓ **Control de Agendas:** Gestión efectiva de cancelaciones y reprogramaciones para optimizar la oferta institucional.
- ✓ **Informes:** Generación periódica de reportes sobre la demanda de servicios en áreas ambulatorias, urgencias y hospitalización.

- **INTERVENCIÓN ASISTENCIAL Y RONDAS DE VULNERABILIDAD**

En cumplimiento de las funciones misionales, se han ejecutado las siguientes acciones de campo:

- ✓ **Rondas Diarias:** Visitas técnicas a los servicios de Urgencias y Hospitalización para la identificación temprana de pacientes en condición de abandono social, falta de red de apoyo o extrema pobreza.

- ✓ **Gestión de Casos Críticos:** Intervención en situaciones de pacientes sin seguridad social, facilitando los trámites a través del **Sistema de Afiliación Transaccional (SAT)**.

- **LIDERAZGO EN SALUD MENTAL Y VIOLENCIAS**

El área de Trabajo Social ha cumplido con el rol de articulador en situaciones de crisis:

- ✓ **Comité de Salud Mental:** Seguimiento riguroso a diagnósticos relacionados con ideación suicida y consumo de sustancias.
- ✓ **Activación de Rutas:** Cumplimiento del 100% en la activación de rutas integrales para:
  - **Violencia Sexual:** Notificación inmediata a Bienestar Familiar (ICBF), Fiscalía y Policía de Infancia.
  - **Violencia de Género:** Coordinación con la "Patrulla Púrpura" y acompañamiento emocional a la víctima.
  - **Maltrato Infantil:** reporte a entes competentes, acompañamiento familiar.

- **GESTIÓN DE LA CALIDAD (PQRSF) Y CONTROL SOCIAL**

Se ha mantenido un sistema de vigilancia activa sobre la satisfacción del usuario:

- ✓ **Ciclo de la PQRSF:** Recorrido sistemático de buzones, apertura, clasificación, asignación a áreas responsables y seguimiento hasta la respuesta final al ciudadano. La asociación de usuarios con su representante realiza acompañamiento a la apertura de buzones.
- ✓ **Participación Ciudadana:** Fortalecimiento de la **Asociación de Usuarios** y el **Comité de Ética Hospitalaria**, promoviendo la veeduría ciudadana y la transparencia en la gestión de recursos.
- ✓ **Rendición de Cuentas:** Apoyo técnico en la preparación de audiencias públicas y diálogos ciudadanos.

- **COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y COMUNITARIA**

- ✓ **Representación Externa:** Participación activa en consejos de política social municipales y departamentales.

- **INDICADORES DE CUMPLIMIENTO ADMINISTRATIVO**

- ✓ **Administración de Personal:** Reporte oportuno de novedades del personal del SIAU a subgerencia y coordinación ETEMCO.
- ✓ **Entes de Control:** Atención y respuesta efectiva a visitas de la Superintendencia de Salud y Secretarías de Salud, gestionando los planes de mejora derivados.
- ✓ **Realización de informes de cumplimiento** en temas como encuestas de satisfacción, gestión de PQRSDF, atención al usuario.

- **REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES PROPIAS DE LA POLITICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD.**

POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL (PPSS)

Marco Normativo y Objetivo

Se ha dado cumplimiento al mandato de las Leyes 1438 de 2011 y 1751 de 2015, mediante la ejecución de un **Plan de Acción** que garantiza el derecho a la participación con decisión. La E.S.E. ha pasado de ver al usuario como un receptor pasivo a un actor que propone y vigila (Control Social).

Ejes de Implementación y Logros 2025

Eje 1: Fortalecimiento Institucional

- ✓ **Capacitación Interna:** Cumplimiento en la formación del personal (especialmente área SIAU) en habilidades para el trato digno y comunicación asertiva.
- ✓ **Gestión de Recursos:** Las actividades se financiaron principalmente con recursos propios y del PIC, asegurando la sostenibilidad de la política.

Eje 2: Empoderamiento de la Ciudadanía

- ✓ **Mecanismos de Participación:** Se fortaleció la **Asociación de Usuarios** y el **Comité de Ética Hospitalaria**, cumpliendo con el objetivo de brindar herramientas a la comunidad para ejercer sus derechos.
- ✓ **Derechos y Deberes:** Socialización masiva del manual de derechos, enfocándose en la autonomía del paciente y el acceso a la información clara.

Eje 3: Enfoque Diferencial y Equidad

- ✓ **Inclusión Real:** Aplicación del **Artículo 13 Constitucional** en la atención diaria. Se destaca el respeto por la identidad de género (LGBTIQ+), la atención prioritaria a adultos mayores y la activación de rutas para víctimas de violencia.
- ✓ **Eliminación de Barreras:** Implementación de protocolos que prohíben la discriminación y la infantilización de poblaciones vulnerables.

Eje 4: Control Social y Transparencia

- ✓ **Rendición de Cuentas:** Participación en diálogos ciudadanos y facilitación de información escrita para que los usuarios puedan vigilar la gestión pública.
- ✓ **Gestión de PQRSF:** Operatividad del sistema de quejas y reclamos como una fuente de mejora continua y no solo como un requisito administrativo.

Conclusión de la Implementación

La E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl ha cumplido con la fase de **"Formular y Ejecutar Planes de Acción"** que exige la Resolución 2063. La labor del equipo SIAU y Trabajo Social refleja una apropiación de los principios de la política, logrando que la participación social sea el eje transversal de la atención humanizada durante el año 2025.

Estado General: SATISFACTORIO *Se recomienda para el cierre de vigencia documentar el impacto cualitativo de estas acciones en los indicadores de satisfacción del usuario.*

El Área de Trabajo Social de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl cumple con creces sus funciones como eje articulador entre el paciente, la familia y la institución. La labor reportada garantiza no solo el cumplimiento normativo, sino la **humanización de la atención** y la protección de los derechos de la población más vulnerable.

El equipo del SIAU del Hospital San Vicente de Paúl no solo opera como un punto de información, sino como el **eje de humanización** de la institución. El cumplimiento del protocolo asegura que el paso del usuario por el hospital sea digno, informado y respetuoso, mitigando los niveles de ansiedad y conflicto en la prestación del servicio.

El área SIAU cumple satisfactoriamente con el plan de formación estipulado, alineándose con la misión de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de ofrecer un servicio humanizado. Se recomienda continuar con el monitoreo del cumplimiento de los horarios de descanso y el uso efectivo de los canales de comunicación interna para mantener la excelencia operativa.

⇒ **Canales de Atención a los Usuarios**

Con el propósito de fortalecer la accesibilidad, oportunidad y calidad en la atención, la ESE Hospital San Vicente de Paúl dispuso diversos canales de comunicación dirigidos a facilitar la interacción con los usuarios y la gestión eficiente de sus solicitudes. Estos canales se encuentran disponibles de lunes a sábado, permitiendo brindar orientación, asignación de citas y atención a requerimientos de manera oportuna.

Durante la vigencia 2025, se implementó un chatbot a través de la aplicación WhatsApp, el cual permite optimizar la asignación de citas y la atención de consultas, mejorando la inmediatez en la respuesta y facilitando el acceso a los servicios de salud. De igual manera, mediante la página web institucional, los usuarios pueden consultar el portafolio de servicios, acceder a información relevante y realizar trámites sin necesidad de desplazarse a la institución.



Mantenimiento del Sistema

Ya está al día. Última revisión: 28/06/2025 3:28 — ACTUALIZACIONES AUTOMÁTICAS ACTIVADAS

Copia de seguridad automática — HABILITADO — 29 de jun de 2025 0:00

Grabaciones — 2.29 GB / 5.00 GB

Reportes de llamadas

Exportar CSV

Rango: Mes pasado | Estado de llamada : Todas | Buscar

Tiempo de Llamada	ID de llamada	Desde	A	Dirección	Estado	Opinión	Timbrando	Hablando	Costo	Detalles de la actividad de llamada
30/09/2025 17:04:38	000-15d	6063635462	FUERA DE HORARIO (8001)	Inbound	Answered	-	00:00:00	00:00:24	0.00	Ended by 6063635462 (6063635462)
30/09/2025 17:04:38	000-15d	6063635462	IVR Principal (8000)	Inbound	Unanswered	-	00:00:00	00:00:00	0.00	Inbound: 6063635462 (6063635462) → Via trunk: DID (5768997367) → IVR Principal (8000) → Out of office, call forwarded to FUERA DE HORARIO (8001)
30/09/2025 15:56:50	000-15c	3053078640	FUERA DE HORARIO (8001)	Inbound	Answered	-	00:00:00	00:00:33	0.00	Ended by 3053078640 (3053078640)
30/09/2025 15:56:50	000-15c	3053078640	IVR Principal (8000)	Inbound	Unanswered	-	00:00:00	00:00:00	0.00	Inbound: 3053078640 (3053078640) → Via trunk: DID (5768997367) → IVR Principal (8000) → Out of office, call forwarded to FUERA DE HORARIO (8001)
30/09/2025 15:54:22	000-15b	3155727687	FUERA DE HORARIO (8001)	Inbound	Answered	-	00:00:00	00:00:42	0.00	Ended by 3155727687 (3155727687)
30/09/2025 15:54:22	000-15b	3155727687	IVR Principal (8000)	Inbound	Unanswered	-	00:00:00	00:00:00	0.00	Inbound: 3155727687 (3155727687) → Via trunk: DID (5768997367) → IVR Principal (8000) → Out of office, call forwarded to FUERA DE HORARIO (8001)
30/09/2025 15:47:48	000-15a	Agente 01 (1001)	2528573226443080	Outbound	Answered	-	00:00:13	00:00:04	0.08	Dialed: (3226443080) → Via rule: Celulares (3226443080) → Via trunk: Otros Destinos (2528573226443080) → Ended by Agente 01 (1001)
30/09/2025 15:47:20	000-159	Agente 01 (1001)	2528573142126085	Outbound	Answered	-	00:00:10	00:00:04	0.08	Dialed: (3142126085) → Via rule: Celulares (3142126085) → Via trunk: Otros Destinos (2528573142126085) → Ended by Agente 01 (1001)
30/09/2025 15:46:58	000-158	Agente 01 (1001)	2528573122975394	Outbound	Unanswered	-	00:00:09	00:00:00	0.00	Dialed: (3122975394) → Via rule: Celulares (3122975394) → Via trunk: Otros Destinos (2528573122975394) → Ended by Agente 01 (1001)
30/09/2025 15:46:37	000-157	3104933005	FUERA DE HORARIO (8001)	Inbound	Answered	-	00:00:00	00:00:01	0.00	Ended by 3104933005 (3104933005)
30/09/2025 15:46:37	000-157	3104933005	IVR Principal (8000)	Inbound	Unanswered	-	00:00:00	00:00:00	0.00	Inbound: 3104933005 (3104933005) → Via trunk: DID (5768997367) → IVR Principal (8000) → Out of office, call forwarded to FUERA DE HORARIO (8001)
30/09/2025 15:46:30	000-156	Agente 01 (1001)	2528573122975394	Outbound	Unanswered	-	00:00:22	00:00:00	0.00	Dialed: (3122975394) → Via rule: Celulares (3122975394) → Via trunk: Otros Destinos (2528573122975394) → Ended by Agente 01 (1001)
30/09/2025 15:45:57	000-155	Agente 01 (1001)	2528573142126085	Outbound	Unanswered	-	00:00:26	00:00:00	0.00	Dialed: (3142126085) → Via rule: Celulares (3142126085) → Via trunk: Otros Destinos (2528573142126085) → Ended by Agente 01 (1001)
30/09/2025 15:45:05	000-154	Agente 01 (1001)	2528573145264402	Outbound	Unanswered	-	00:00:32	00:00:00	0.00	Dialed: (3145264402) → Via rule: Celulares (3145264402) → Via trunk: Otros Destinos (2528573145264402) → Timed out
30/09/2025 15:44:29	000-153	Agente 01 (1001)	2528573207495742	Outbound	Unanswered	-	00:00:19	00:00:00	0.00	Dialed: (3207495742) → Via rule: Celulares (3207495742) → Via trunk: Otros Destinos (2528573207495742) → Number not found
30/09/2025 15:43:26	000-152	Agente 01 (1001)	2528573205756623	Outbound	Unanswered	-	00:00:32	00:00:00	0.00	Dialed: (3205756623) → Via rule: Celulares (3205756623) → Via trunk: Otros Destinos (2528573205756623) → Timed out

Número Principal de Troncal *

576068997367

Conexiones

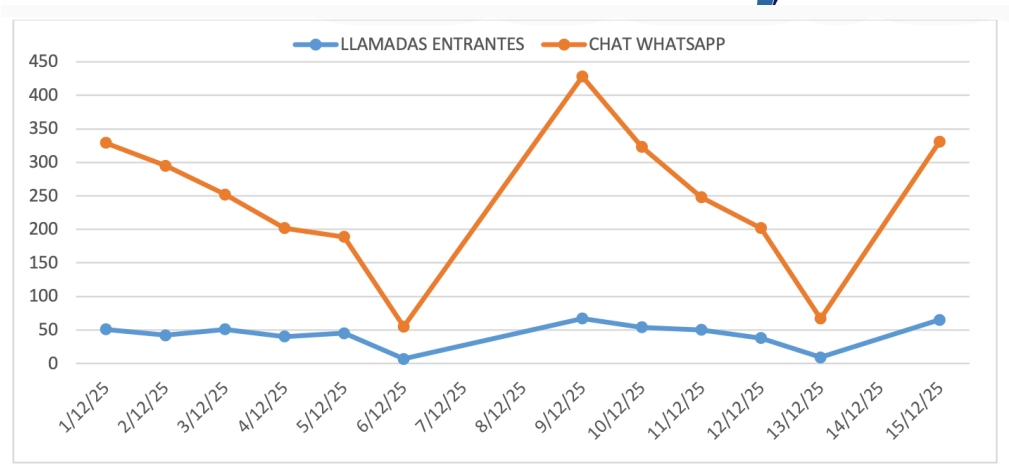
AGREGAR

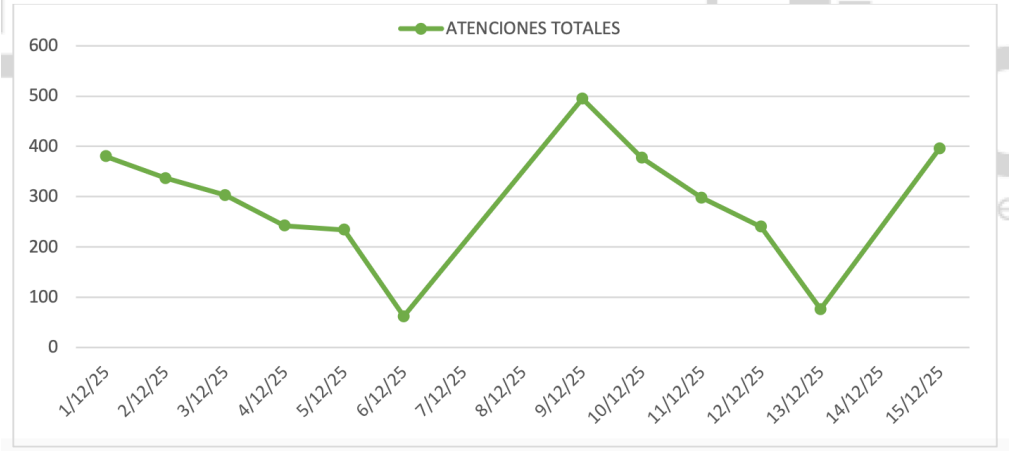
Call Center HSVP Santa Rosa
573173633320

Departamentos & Chatbots

Nombre	Color	Mensaje de saludo
Cancelación de Citas		Por favor envíanos la siguiente información e...
Resultados de Laboratorio		Resultados de Laboratorio – Datos Necesa...
Solicitud de Citas		Por favor, responde únicamente con el nú...
Solicitud de Información		Por favor, explícanos lo más claro posible tu ...

Chats creados	Chats resueltos	Tiempo de respuesta	Tiempo de resolución
2942	2952	5m 8s	51m 38s



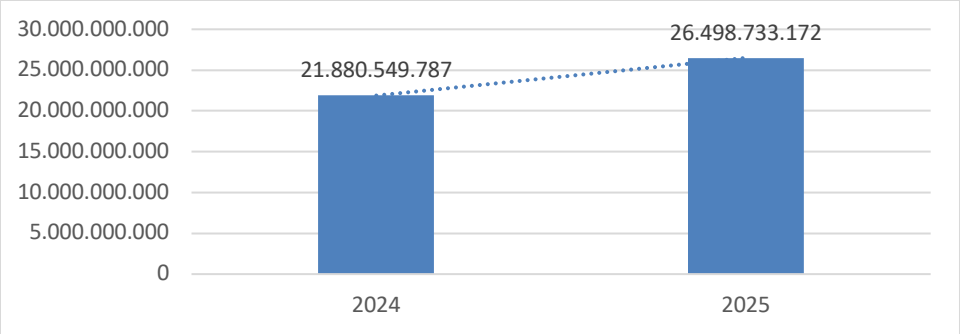


Adicionalmente, se fortaleció el canal de atención por correo electrónico, a través del cual se reciben y gestionan solicitudes, peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, las cuales son atendidas de manera articulada por el Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU) y el área de Trabajo Social, garantizando el seguimiento y respuesta conforme a la normatividad vigente.

LINEA ESTRATEGICA 2: GESTIÓN Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL.

PROGRAMA: VIABILIDAD FINANCIERA

Facturación por Venta de Servicios de Salud



Análisis del proceso de facturación de servicios de salud (Vigencias 2024–2025)

Datos:

- 2024: $21.880.549.787
- 2025: $26.498.733.172

Variación:

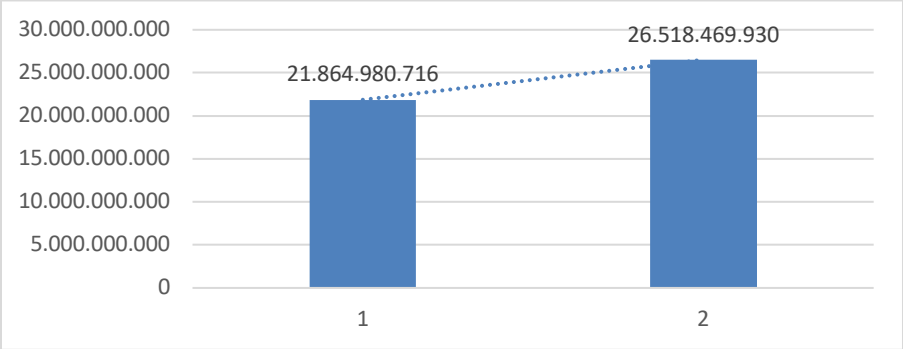
- Incremento absoluto: **$4.618.183.385**
- Variación porcentual: **21,1% de crecimiento**

El aumento del **21,1%** en la facturación comparado con la vigencia anterior es muy positivo para la ESE, este proceso se ha venido fortaleciendo de manera progresiva tanto en el proceso administrativo como en lo asistencial, estas actividades descritas a continuación han aportado al crecimiento:

Mayor **producción de servicios de salud**: Resultado de la ampliación de los horarios de atención, la apertura de nuevos usuarios como las S.O.S e incremento en médicos que dar mayor oportunidad a la demanda.

Fortalecimiento en la **gestión de auditoría y conciliación**: Auditoria a la facturación con el fin de identificar falencias y sub-registros en el cargue de los servicios.

Reconocimiento



Variación absoluta y porcentual:

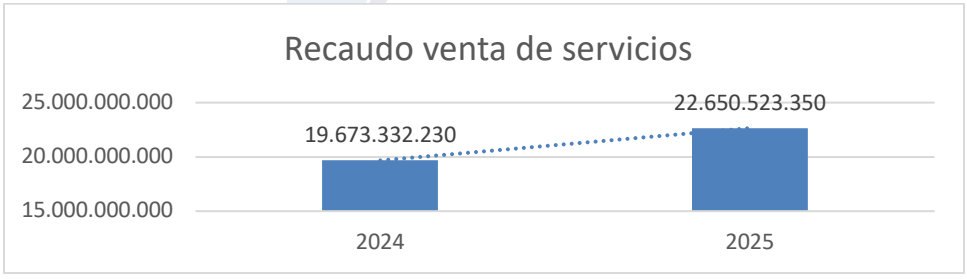
Incremento absoluto:

$26.518.469.930 – $21.864.980.716 = **$4.653.489.214,**

Variación porcentual: 21,3% de aumento

El reconocimiento presenta un **crecimiento significativo del 21,3%** entre 2024 y 2025, esta mejora en el indicador se encuentra alienada a la mejora del proceso de facturación y radicación ante las EPS.

PROCESO DE RECAUDO – VIGENCIAS 2024 vs 2025



Variación del recaudo

- ✓ **Incremento absoluto:** $2.977.191.120
- ✓ **Variación porcentual: 15,1% de crecimiento**

El recaudo presenta un crecimiento positivo del **15,1%**, lo que indica una mejora en la recuperación efectiva de los recursos facturados por venta de servicios de salud.

El aumento en el recaudo refleja:

- ✓ Mayor eficiencia en la gestión de cartera: La ESE para esta vigencia siguió dando prioridad a la gestión de la cartera, asistiendo a todas las mesas de trabajo convocadas con el fin de realizar acuerdos de pago y conciliar su cartera.

Mesas de Trabajo
Circular 030
Reuniones convocadas por la asociación de hospitales
Mesas de trabajo convocadas por la contraloría
Mesas de trabajo convocadas por la Supersalud.
Reuniones entre gerentes
Visitas al Ministerio para gestionar recursos
Conciliaciones de saldos de cartera
Conciliaciones glosas y devoluciones
Asesor para gestión de cartera y contratación
Análisis de asesor cartera, Subgerencia en la contratación de las EPS, revisando tarifas, organizando notas técnicas para optimizar los acuerdos de voluntades.

ANALISIS INDICADOR EQUIBRIO FINANCIERO 2024 - 2025

- ✓ Mide la relación entre:
  - **Ingresos recaudados**
  - **Gastos comprometidos u obligaciones**

EQUILIBRIO	2024	2025
TOTAL RECAUDO	20.320.734.055	26.951.108.737
TOTAL COMPROMETIDO	21.422.381.493	27.500.716.331
INDICADOR META ≥1	0,95	0,98

Comportamiento de las variables

Recaudo

- 2024: $20.320.734.055
- 2025: $26.951.108.737
- **Variación:** +$6.630.374.682 (**+32,6%**)

Compromisos

- 2024: $21.422.381.493
- 2025: $27.500.716.331
- **Variación:** +$6.078.334.838 (**+28,4%**)

Resultado del Indicador

Año	Indicador	Resultado
2024	0,95	Déficit operativo
2025	0,98	Cercano al equilibrio

- ✓ Mejora de **0,03 puntos** respecto a la vigencia anterior, sin embargo, aún no se alcanza la meta (≥1), pero la tendencia es **positiva**.

Aspectos positivos

- ✓ Crecimiento significativo del recaudo.
- ✓ Mejora progresiva del indicador.
- ✓ Reducción en el porcentaje del déficit.
- ✓ Tendencia favorable hacia el equilibrio financiero.

La entidad muestra una **mejora en su equilibrio financiero entre 2024 y 2025**, evidenciada por el crecimiento del recaudo por encima de los compromisos y la reducción del déficit. Sin embargo, **no se ha alcanzado el equilibrio pleno**, por esto la ESE sigue trabajando en las estrategias del recaudo con la finalidad de garantizar la sostenibilidad financiera.

- ✓ Mesas de Trabajo
- ✓ Circular 030
- ✓ Reuniones convocadas por la asociación de hospitales
- ✓ Mesas de trabajo convocadas por la contraloría
- ✓ Mesas de trabajo convocadas por la Supersalud.
- ✓ Reuniones entre gerentes
- ✓ Visitas al Ministerio para gestionar recursos
- ✓ Conciliaciones de saldos de cartera
- ✓ Conciliaciones glosas y devoluciones

Asesor para gestión de cartera y contratación
Análisis de asesor cartera, Subgerencia en la contratación de las EPS, revisando tarifas, organizando notas técnicas para optimizar los acuerdos de voluntades.

Matriz de Riesgo.

La matriz califica **tres aspectos fundamentales** para determinar si un hospital público es sostenible o si está en peligro de quiebra:

- **Indicadores de Salud Financiera (Equilibrio)**

Es el puntaje con mayor peso en la matriz. Evalúa si el hospital gasta más de lo que recibe. Los puntos clave son:

Recaudo efectivo vs. Gastos devengados: No mide cuánto facturó el hospital, sino cuánto dinero **entró realmente** a la caja frente a las obligaciones que contrajo.

Pasivos exigibles: Mide el peso de las deudas pendientes de pago sobre los ingresos totales. Si las deudas superan un porcentaje crítico, el riesgo sube.

- **Déficit o Superávit:** Determina si al final del año (en este caso 2023) la operación dejó pérdidas que comprometan la atención futura.

La ESE cada mes realiza el registro de los datos en la matriz de riego con la finalidad de tener un seguimiento e intervenir de manera oportuna ante cualquier desviación que pueda afectar a la ESE.

En el mes de diciembre se realiza el registro de los datos dando como resultado que no nos encontramos en riego; Sin embargo, es el Ministerio que cada año para el mes de mayo expide resolución con la clasificación de las ESES.

El Ministerio de salud expide el 30 de mayo del 2025 la resolución 1122 que tiene como objeto efectuar la categorización del riesgo de las Empresas sociales del estado para vigencia 2025

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 00001122 DE 2025

(30 MAY 2025)

Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2025 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que en cumplimiento de lo preceptuado en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social debe efectuar la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2025.

Continuación de la Resolución: *"Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2025 y se dictan otras disposiciones".*

DEPARTAMENTO/ DISTRITO	MUNICIPIO/ DISTRITO	NOMBRE	RIESGO
RISARALDA	MARSELLA	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE MARSELLA	SIN RIESGO
RISARALDA	MISTRATÓ	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL.	SIN RIESGO
RISARALDA	PEREIRA	ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA	SIN RIESGO
RISARALDA	PEREIRA	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE	RIESGO BAJO
RISARALDA	PUEBLO RICO	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	SIN RIESGO
RISARALDA	QUINCHÍA	ESE HOSPITAL NAZARETH DE QUINCHÍA	SIN RIESGO
RISARALDA	SANTA ROSA DE CABAL	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	SIN RIESGO

Como se puede observar para el 2025 el ESE Hospital San Vicente de Paul se conserva sin riesgo.

De esta misma manera la ESE continúa realizando el registro de los datos en la matriz, la cual nos arroja que para diciembre del 2025 la ESE sigue pasado sin riesgo.

MINSALUD

RESOLUCION 2509 DEL 2013 MATRIZ DE RIESGO.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

6668200696

Departamento	Risaralda
Municipio	Santa Rosa de Cabal.
IPS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL.
Nivel	1
PERIODO	dic-25

Orden	Concepto	CodSC	Subconcepto	Observaciones	Valores en $	Formula	Resultado
A	Ingresos operacionales corrientes recaudados más estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada por nivel de atención	A1	Ingresos por venta de servicios de salud recaudados		22.650.523.350	A1(+)A2(+)A3; si IPS es Nivel 1 ó A4; si IPS es nivel 2 o 3 (+) A5; si F13 = SI	28.974.010.404
		A2	Otros ingresos corrientes recaudados		4.121.375.017		
		A3	80% de la cartera por venta de servicios de salud menor a 90 días	Aplica para nivel 1	2.202.112.037		
		A4	80% de la cartera por venta de servicios de salud hasta 180 días	Aplica para niveles 2 y 3	0		
		A5	ESE con condiciones de mercado especial?				
			Ingresos por aportes no ligados a la venta de servicios de salud recaudados (Excluye aportes patronales)	Se tienen en cuenta estos ingresos sí la ESE presenta condiciones de mercado especial	0		
B	Gastos Operacionales Corrientes Comprometidos	B1	Gastos de funcionamiento comprometidos		21.510.232.957	B1(+)B2	25.891.486.635
		B2	Gastos de operación comercial y prestación de		4.381.253.678		
C	**Superávit o Déficit de la Operación Corriente**	A	**Ingresos operacionales corrientes recaudados + estimación de**		**28.974.010.404**	**A(-)B**	**3.082.523.769**
		B	**Gastos Operacionales**		**25.891.486.635**		

A	B	C	D	E	F	G	H
D	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada por nivel de atención	D1	70% de la cartera por venta de servicios de salud entre 90 y 360	Aplica para nivel 1	2.394.186.240	Primer Nivel de Atención: D1 (+) D3	6.374.080.162
		D2	75% de la cartera por venta de servicios de salud entre 181 a 360 días	Aplica para niveles 2 y 3	0	Segundo y Tercer Nivel: D2 (+) D3	
		D3	50% de la cartera por venta de servicios de salud mayor a 360 días	Se descuenta la cartera mayor a 360 días por concepto de atención a particulares	3.979.893.922		
E	Gastos Comprometidos Sin Pagar de la Vigencia	E1	Gastos totales comprometidos en la vigencia	Total gastos comprometidos (-) compromisos por cuentas por pagar de vigencias anteriores	26.206.508.325	E1 (-) E2	1.530.679.045
		E2	Pagos realizados sobre gastos comprometidos en la vigencia	Total pagos (-) pagos por cuentas por pagar de vigencias anteriores	24.675.829.280		
F	Pasivos netos mayores a 360 días	F1	Pasivos mayores a 360 días		0	F1 (-) F2 (-) F3 (-) F4 (-) F5 (-) F6 (-) F7 (-) F8	0
		F2	Pasivos estimados mayores a 360 días		0		
		F3	Ingresos recibidos por anticipado (por ventas y otros)		0		
		F4	Recaudos por clasificar (consignaciones sin identificar) mayores a 360 días		0		
		F5	Pasivos por cesantías mayores a 360 días, financiadas con recursos entregados en administración		0		
		F6	Pasivos por Pensiones y prestaciones económicas por pagar y Bonos Pensionales mayor a 360 días		0		
G	Total pasivos netos	G1	Total Pasivo		6.962.329.304	G1 (-) G2 (-) G3 (-) G4 (-) G5 (-) G6 (-) G7 (-) G8	3.113.447.148
		G2	Total pasivos estimados		3.514.326.995		
		G3	Total pasivos por Ingresos recibidos por anticipado (por ventas y otros)		0		
		G4	Total Recaudos por clasificar (consignaciones sin identificar)		58.613.805		
		G5	Total Pasivos por cesantías, financiadas con recursos entregados en administración		275.941.356		
		G6	Total pasivos por Pensiones y prestaciones económicas por pagar y Bonos Pensionales mayor a 360 días, respaldados con recursos en reserva financiera actuarial		0		
		G7	Total Pasivos por avances y anticipos recibidos (Diferentes a venta de servicios) y recursos recibidos en administración, respaldados con recursos en caja-bancos		0		
		G8	Total Pasivos por recaudos a favor de terceros (Excluye recaudos por clasificar), respaldados en caja-bancos		0		

J	**Superávit o Déficit de la Operación No Corriente**	D	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada por nivel de atención		6.374.080.162	D (-) I	6.374.080.162
		I	Pasivos adquiridos en vigencias				
K	**Superávit o Déficit Operacional Total**	C	Superávit o déficit de la operación corriente			C(+)J	0
		J	Superávit o déficit de la operación no corriente				
L	Ingresos Operacionales Totales	A	Ingresos operacionales corrientes recaudados + estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada		28.974.010.404	A(+)D	35.348.090.566
		D	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada		6.374.080.162		
M	**Índice de Riesgo**	K	Superávit o Déficit Operacional Total		0	K/L	0,0000
		L	Ingresos Operacionales		35.348.090.566		
N	**Superávit o Déficit Presupuestal**	N1	Total Ingresos Reconocidos		34.608.424.345	N1(-)N2	7.107.708.014
		N2	Total Gastos Comprometidos		27.500.716.331		
O	Tiene Información consolidada, validada y presentada por la Dirección Territorial?	O1	SI	Fuente: Reporte de información anual 2015. Reportada, consolidada, validada y presentada a través de SIHO. Corte 30 de abril de 2016			SI
		O2	NO				
						NO	

			Comprometidos				
O	Tiene Información consolidada, validada y presentada por la Dirección Territorial?	O1	SI	Fuente: Reporte de información anual 2015. Reportada, consolidada, validada y presentada a través de SIHO. Corte 30 de abril de 2016			SI
		O2	NO				
P	**CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO - Resolución 1755 del 26 de Mayo de 2017**	Q	¿ESE con PSFF Viabilizado por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a 26 de mayo de 2017?	Numeral 4.1 del Artículo 4 de la Resolución 1755 de 2017	**Anexo Técnico 1**	**NO** Sí la respuesta es positiva, continúa con igual categorización y deberá cumplir con el programa viabilizado en los términos definidos en el Libro 2, Parte 6, Título 5 del	
		R	¿ESE en la Superintendencia Nacional de Salud con ejecución o trámite de viabilidad del Plan de Gestión Integral del Riesgo - PGIR o en trámite de otra medida?	Numeral 4.2 del Artículo 4 de la Resolución 1755 de 2017	**Anexo Técnico 2**	**NO** Sí la respuesta es positiva, debe continuar con dicho proceso.	
		S	Riesgo Alto (Sin reporte de información)	Numeral 4.3 del Artículo 4 de la Resolución 1755 de 2017	**Anexo Técnico 3**	Si O = NO	
		M	Sin riesgo	Numeral 4.4 del Artículo 4 de la Resolución 1755 de 2017	**Anexo Técnico 4**	M (>=0,00)	Sin riesgo
		M	Riesgo bajo			M (entre 0,01 y 0,00)	
		M	Riesgo medio			M (entre 0,01 y 0,00)	
		M	Riesgo Alto			M (<=-0,21)	
		N	Riesgo Alto (Déficit Presupuestal)			N (<0)	

Fuente: Datos reportados por las ESE, consolidados, validados y presentados por las direcciones territoriales de salud al Ministerio de Salud y Protección Social en virtud 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.
Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

CARTERA

NOMBRE ENTIDAD	de 0-60	de 61-90	de 91-180	de 181-360	de 360 a más	Total Saldo Factura
ASMETSALUD EPS SAS	542.036.152	115.890.275	118.007.994	297.884.515	2.374.319.613	3.448.138.548
LA NUEVA EPS	1.310.579.175	337.167.373	486.745.069	399.379.002	788.726.513	3.322.597.132
MEDIMAS EPS SAS	0	0	0	0	2.764.105.211	2.764.105.211
FIDEICOMISOS PATRIMONIOS AUTONOMOS FOMAG	294.177.101	102.785.444	110.458.938	267.342.723	10.534.932	785.299.138
SALUD TOTAL EPS-S S.A	458.747.495	20.662.552	65.518.115	39.483.718	63.318.262	647.730.142
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	323.788.891	87.075.380	152.308.995	32.927.625	49.409.060	645.509.951
COOMEVA EPS	0	0	0	0	352.660.584	352.660.584
ASMETSALUD EPSS	0	0	0	0	313.979.286	313.979.286
ADRES	8.259.981	12.482.313	8.517.416	10.766.109	164.715.958	204.741.777
ESM BATALLON DE ASPC NO 8 "CACIQUE CALARCA (NIVEL I)	46.947.199	4.425.654	4.084.273	72.750.216	25.381.986	153.589.328
FAMISANAR	91.747.237	30.072.741	17.033.213	1.987.123	7.524.921	148.365.235
COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	27.788.114	3.310.811	11.509.842	18.609.158	75.857.578	137.075.503
SEGUROS DEL ESTADO	4.315.456	0	0	2.698.632	77.756.128	84.770.216
OTROS	192.109.929	55.845.801	60.111.595	72.937.343	617.993.099	998.997.767
	3.300.496.730	769.718.344	1.034.295.450	1.216.766.163	7.686.283.130	14.007.559.818

Para esta vigencia, La ESE Hospital tiene una cartera de 14.007.559 que encuentra clasificada así:

1. Estructura por antigüedad (nivel de riesgo)

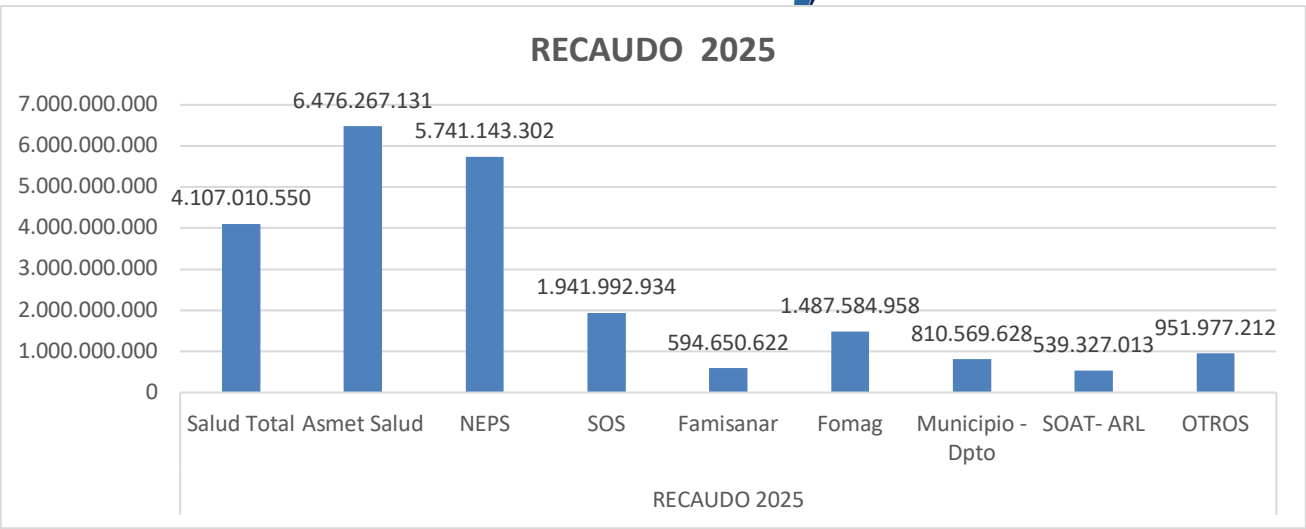
- ✓ **0–60 días:** $3.300.496.730 (23,6%)
- ✓ **61–90 días:** $769.718.344 (5,5%)
- ✓ **91–180 días:** $1.034.295.450 (7,4%)
- ✓ **181–360 días:** $1.216.766.163 (8,7%)
- ✓ **Más de 360 días:** $7.686.283.130 (54,9%).

Principales deudores (concentración del riesgo)

Los mayores saldos se concentran en pocas entidades:

- ✓ **ASMETSALUD EPS SAS:** $3.448.138.548 (24,6%)
- ✓ **LA NUEVA EPS:** $3.322.597.132 (23,7%)
- ✓ **MEDIMAS EPS:** $2.764.105.211 (19,7%)
- ✓ **FOMAG:** $785.299.382 (5,6%)
- ✓ **SALUD TOTAL EPS:** $647.730.142 (4,6%)
- ✓ **S.O.S.:** $645.509.951 (4,6%)

La ESE ha intensificado el cobro de la cartera a estas EPS, con ASMET SALUD y NEPS, se vienen sostenida comunicación continua con la finalidad de garantizar el recaudo, porque si bien son entidad con mayor cartera, obedece a que son de las que mayor población se le atiende y presento una alta participación en el recaudo como lo muestra la grafica



Medimás se encuentra en el tercer puesto con una participación del 19,7%, esta entidad se encuentra deteriorada y se encuentra programada para ser llevada a comité de sostenibilidad para el análisis del castigo.

Con el resto de entidades se sigue trabajando con la finalidad de mejorar la disminución cartera y obtener mayor flujo de recados garantizando la operación.

PROGRAMA: GESTIÓN DEL RIESGO

⇒ **Registro individual de prestaciones (RIPS)**

SERVICIO	2.024	2.025	Variación	% variación
Dosis de biológico aplicadas	20842	23.158	2.316	11%
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	3168	4.691	1.523	48%
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	6891	6.725	-166	-2%
Citologías cervicovaginales tomadas	2956	3.836	880	30%
Consultas de medicina general electivas realizadas	61657	79363	17.706	29%
Consultas de medicina general urgentes realizadas	38470	39271	801	2%
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	5827	10175	4.348	75%
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	0	898	898	#DIV/0!

Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometria y otras)	6804	8722	1.918	28%
SERVICIO	**III Trim 2.024**	**III Trim 2.025**	**Variación**	**% variación**
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	8363	14245	5.882	70%
Número de sesiones de odontología realizadas	20038	25151	5.113	26%
Total de tratamientos terminados (Paciente terminado)	5991	7796	1.805	30%
Sellantes aplicados	3179	4508	1.329	42%
Superficies obturadas (cualquier material)	10908	13315	2.407	22%
Exodoncias (cualquier tipo)	1795	1660	-135	-8%
SERVICIO	**III Trim 2.024**	**III Trim 2.025**	**Variación**	**% variación**
Partos vaginales	65	52	-13	-20%
Pacientes en Observación	5888	6136	248	4%
...Cirugías grupos 2-6	8076	8353	277	3%
...Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	1719	2831	1.112	65%
Total de egresos	1784	2.883	1.099	62%
Total de días cama ocupados	4150	7172	3.022	73%
Total de días cama disponibles	5985	8760	2.775	46%
...Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	5418	9124	3.706	68%
...Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos)	77	78	1	1%
Total de días estancia de los egresos	5495	9202	3.707	67%
SERVICIO	**III Trim 2.024**	**III Trim 2.025**	**Variación**	**% variación**
Exámenes de laboratorio	135007	171893	36.886	27%
Número de imágenes diagnósticas tomadas	10626	17762	7.136	67%
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	311	594	283	91%
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	24627	34823	10.196	41%

Número de visitas domiciliarias, comunitarias e institucionales -PIC-	18801	23000	4.199	22%
Número de sesiones de talleres colectivos -PIC-	13113	15.635	2.522	19%

⇒ **Informes 2193 de 2004 y la Supersalud**

Se llevó a cabo el envío oportuno de los 4 informes 2193 de 2004 durante el año, cumpliendo con los requisitos normativos y las exigencias de la Supersalud. Este cumplimiento garantiza la transparencia y responsabilidad institucional, fortaleciendo la confianza en la gestión administrativa.

PROGRAMA: EXCELENCIA OPERATIVA

⇒ **Talento Humano**

En cumplimiento del Plan de Operaciones Institucional – vigencia 2025, el Área de Desarrollo Humano presenta el informe consolidado de gestión, en el cual se describen los principales avances, resultados obtenidos, impactos positivos y buenas prácticas implementadas durante el año.

La gestión del área estuvo orientada al fortalecimiento del talento humano, el cumplimiento de lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la promoción de la integridad institucional, el mejoramiento del clima organizacional y el desarrollo de estrategias de bienestar laboral.

- **Avances y Resultados Alcanzados**

- **Formación en MIPG e Integridad**

Durante la vigencia 2025 se promovió la capacitación del personal en temas relacionados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y la Política de Integridad.

Acciones desarrolladas:

- ✓ Socialización de los principios y dimensiones del MIPG.
- ✓ Capacitación en Código de Integridad y valores del servicio público.
- ✓ Sensibilización sobre deberes éticos y prevención de actos de corrupción.

Resultados obtenidos:

- Participación del 100% del personal.
- Fortalecimiento de la cultura organizacional basada en la transparencia y la ética.
- Mayor apropiación de los lineamientos institucionales.

Impacto positivo:

Se fortaleció la cultura de integridad y el cumplimiento de estándares administrativos exigidos por los entes de control, consolidando prácticas alineadas al MIPG.

- **Actualización de Hojas de**

Vida del Personal
Con el fin de mantener información actualizada y organizada del talento humano, se realizó el proceso de revisión y actualización de hojas de vida del personal asistencial y administrativo.

Resultados:
• Actualización del 100% de las hojas de vida.
• Organización documental conforme a lineamientos normativos.
• Mejora en la trazabilidad de información laboral y académica.

Impacto positivo:
Optimización en la gestión documental, fortalecimiento del control interno y disponibilidad oportuna de información para procesos administrativos y requerimientos externos.

2.3 Encuestas de Clima Organizacional y Necesidades del Cliente Interno
Se aplicaron encuestas dirigidas al personal institucional con el objetivo de medir el clima organizacional y detectar necesidades del cliente interno.

Resultados:
• Participación del 100% del personal.
• Identificación de fortalezas institucionales.
• Detección de oportunidades de mejora en comunicación interna y bienestar emocional.

Impacto positivo:
La información obtenida permitió diseñar acciones de mejora enfocadas en fortalecer la motivación, el
trabajo en equipo y el sentido de pertenencia.

Buena práctica implementada:
Aplicación de encuestas digitales para facilitar la participación y consolidación automática de
resultados.

- **Actividades de Bienestar Laboral**

Durante la vigencia 2025 se ejecutó el Plan de Bienestar Social, orientado al reconocimiento y fortalecimiento del talento humano.

Actividades desarrolladas:
• Celebración mensual de cumpleaños.
• Conmemoración del Día de la Mujer y el Hombre.
• Celebración del Día del Padre y la Madre.
• Reconocimiento en el Día del Profesional.
• Entrega de bonos de cine como incentivo.• Entrega de anchetas.
• Actividades de integración y cierre de fin de año.

Resultados obtenidos:
- Participación activa del personal en las actividades programadas.
- Incremento en la motivación y el sentido de pertenencia.
- Fortalecimiento de la integración entre áreas asistenciales y administrativas.

Impacto positivo:
Las actividades contribuyeron al mejoramiento del clima organizacional, reducción de tensiones
laborales y fortalecimiento de la cultura institucional.

3. Impactos Generales en la Gestión Institucional
Las acciones ejecutadas por el Área de Desarrollo Humano durante la vigencia 2025 generaron:

- Fortalecimiento de la cultura de integridad y transparencia.
- Cumplimiento de lineamientos del MIPG.
- Mejor organización documental del talento humano.
- Mejoramiento del clima laboral.
- Mayor compromiso y motivación del personal.
- Consolidación de buenas prácticas administrativas.

- **Buenas Prácticas Implementadas**

- Digitalización parcial de procesos de encuesta.
- Estrategias de reconocimiento continuo al personal.
- Articulación entre bienestar y fortalecimiento institucional.
- Promoción permanente de valores del servicio público.
- Seguimiento sistemático a indicadores de talento humano.

El Área de Desarrollo Humano cumplió satisfactoriamente con las actividades programadas en el Plan de Operaciones Institucional – vigencia 2025, evidenciando avances significativos en el fortalecimiento
del talento humano, la cultura organizacional y el cumplimiento normativo.

Las acciones implementadas permitieron generar impactos positivos en la motivación del personal, la transparencia institucional y la mejora continua de los procesos internos.

⇒ **INFORMES SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST).**

Durante la vigencia 2025, el área de Seguridad y Salud en el Trabajo con el apoyo de la alta dirección ha desarrollado e implementado diversas estrategias orientadas a la promoción de la salud, la prevención de riesgos laborales y el fortalecimiento del bienestar integral de los funcionarios. A continuación, se describen los principales avances, resultados obtenidos, impactos positivos y buenas prácticas implementadas:

Promoción de la actividad física y estilos de vida saludables

Se realizaron las pausas activas para todos los funcionarios dirigidas por profesional en ciencias del deporte lo cual ha permitido una orientación técnica y segura de las actividades físicas realizadas durante la jornada laboral.

Impacto positivo:

• Disminución de la fatiga física.
• Prevención de trastornos musculoesqueléticos.
• Mayor disposición y concentración en las labores diarias.

Adicionalmente, se realizó rumbo terapia para los funcionarios todos los miércoles en la tarde, fomentando la actividad física recreativa y el esparcimiento.

Buenas prácticas:
• Alta participación del personal.
• Fortalecimiento del clima laboral y la integración entre equipos de trabajo.





2. Mejoras ergonómicas en los puestos de trabajo
Se realizó la entrega de descansa pies y sillas ergonómicas, priorizando la adecuación de los puestos de trabajo conforme a las necesidades identificadas.

Resultados obtenidos:

• Mejora en la postura laboral.
• Prevención de molestias osteomusculares.
• Mayor comodidad y bienestar durante la jornada laboral.



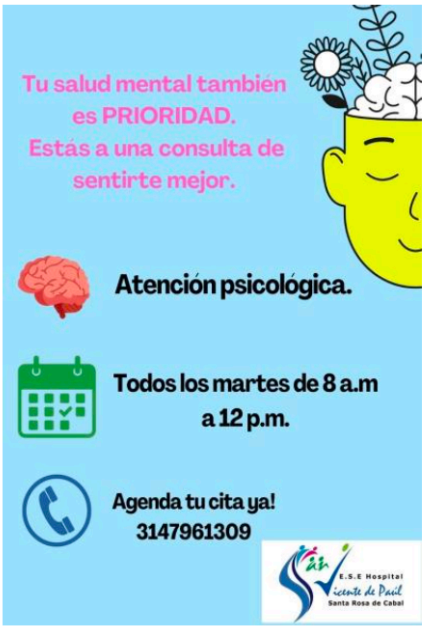




3. Atención y acompañamiento en salud mental

La institución en la vigencia 2025 conto con psicólogo laboral disponible para los funcionarios, brindando acompañamiento, orientación y apoyo psicosocial.
Impacto positivo:

• Atención oportuna de factores de riesgo psicosocial.
• Fortalecimiento de la salud mental y emocional del personal.
• Contribución a la prevención del estrés laboral





4. Fortalecimiento de la Brigada de Emergencias

Se instauraron gabinetes para la brigada de emergencias, mejorando la organización y disponibilidad de los elementos necesarios para la atención de eventos.

Asimismo, la brigada se encuentra capacitada y formalmente conformada, y se han realizado entrenamientos a cielo abierto y capacitaciones en la Universidad Tecnológica de Pereira.

Resultados e impactos:

• Mayor capacidad de respuesta ante emergencias.
• Personal entrenado y preparado para la atención de incidentes.
• Cumplimiento de la normativa en materia de preparación y respuesta ante emergencias.







5. Vigilancia de la salud – Tamizaje cardiovascular

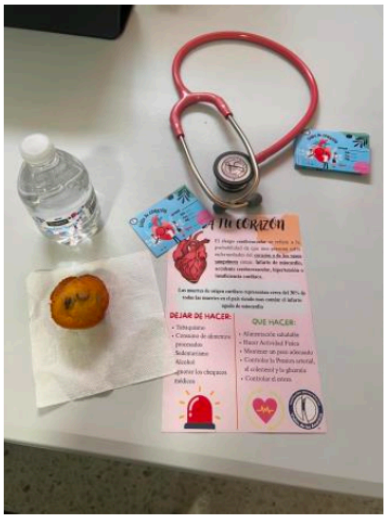
Se llevó a cabo un tamizaje cardiovascular al personal, con análisis de resultados y seguimiento.

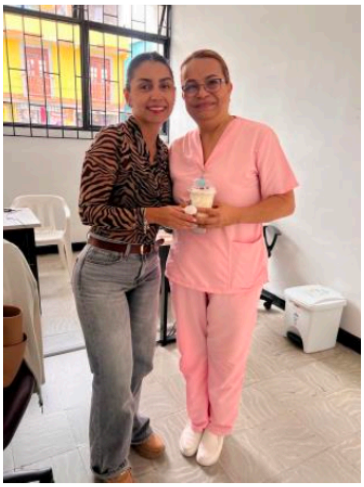
A los funcionarios que presentaron porcentajes elevados de riesgo, se les enviaron correos de alerta personalizados, promoviendo la consulta médica y el autocuidado. En nuestro programa riesgo cardiovascular premiamos a los funcionarios que asisten cumplidamente a la pausa activa y rumbo terapia, esto para motivar e incentivar a todos los trabajadores de la institución

Buenas prácticas:

• Identificación temprana de factores de riesgo cardiovascular.
• Intervención preventiva y comunicación directa con el trabajador.
• Promoción de la cultura del cuidado de la salud.








Simulacros de Emergencia Ejecutados

Durante el periodo evaluado, el área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) gestionó y ejecutó diferentes simulacros de emergencia, orientados al fortalecimiento de la preparación institucional, la verificación de los protocolos establecidos y la evaluación de la capacidad de respuesta del personal ante posibles eventos de riesgo.

1. Simulacro por derrame de productos químicos

Ejercicio realizado con el fin de evaluar la respuesta ante incidentes asociados a sustancias químicas, verificar la activación de los procedimientos de contención, el uso adecuado de elementos de protección personal y la correcta aplicación de medidas de control.




2. Simulacro de rutas de evacuación – Servicio de hospitalización.

Simulación desarrollada para validar la efectividad de las rutas de evacuación, los tiempos de respuesta, la coordinación del personal y la adecuada movilización de pacientes, considerando las condiciones propias del servicio.




3. **Simulacro en líneas vitales – Sistema de oxígeno:**

Actividad orientada a evaluar la actuación ante posibles fallas o emergencias relacionadas con el sistema de oxígeno, dada su criticidad en la prestación del servicio y el impacto que podría generar en la seguridad de pacientes y colaboradores.





4. Simulacro por caída de alturas:

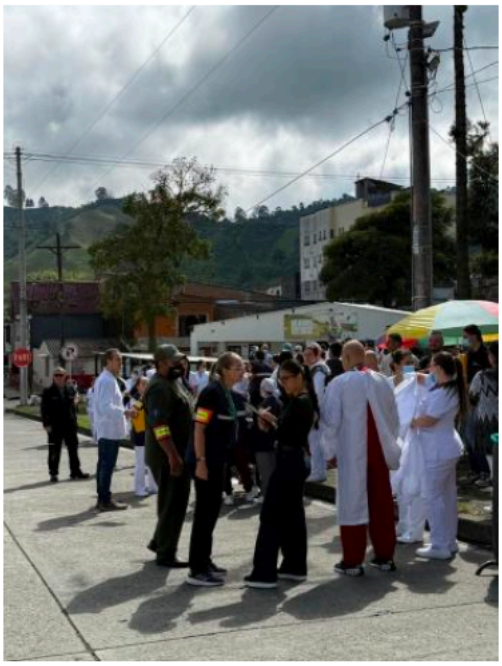
Ejercicio efectuado para verificar la respuesta frente a eventos derivados de trabajos en alturas, evaluar los procedimientos de atención inicial, rescate y activación de la cadena de atención ante emergencias.

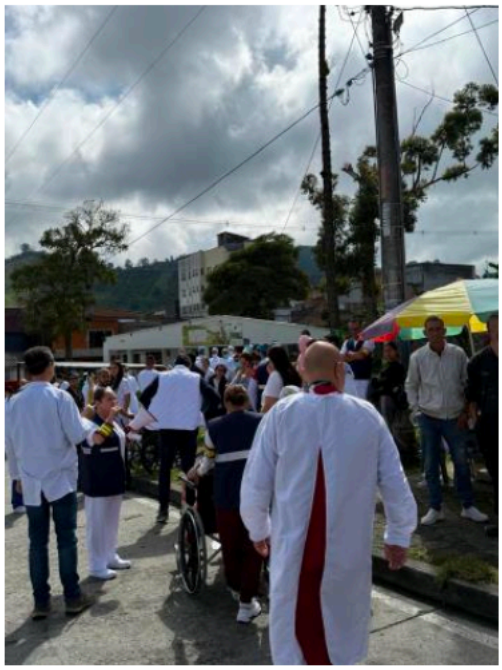




5. Simulacro por fuga de gas – Área de internación (Simulacro Nacional)

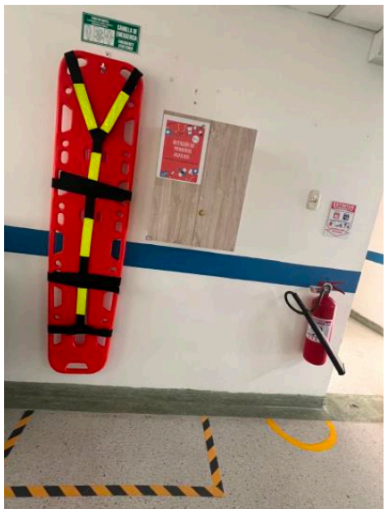
Simulación realizada en el marco del Simulacro Nacional, con el propósito de evaluar la respuesta ante emergencias por fuga de gas, validar los procedimientos de evacuación y fortalecer la cultura de prevención en toda el área de internación





Instalación de Gabinetes con elementos y equipos de emergencia:

Como parte de las acciones orientadas al fortalecimiento de la preparación y respuesta ante emergencias, durante el periodo evaluado se realizó la instalación de cinco (5) gabinetes de emergencia, dotados con los elementos y equipos requeridos. Esta gestión contribuye a la mejora de las condiciones de seguridad, la disponibilidad de recursos para la atención de eventos y el cumplimiento de los lineamientos en materia de prevención y control de riesgos.



Las acciones implementadas evidencian un avance significativo en la gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, generando impactos positivos en el bienestar físico, mental y social de los funcionarios. Estas estrategias reflejan el compromiso institucional con la prevención, la promoción de la salud y la mejora continua de las condiciones laborales, consolidándose como buenas prácticas sostenibles dentro del sistema de gestión.

PROGRAMA: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

Plan institucional de capacitaciones

Se ejecutó el Plan Institucional de Capacitaciones, logrando un cumplimiento del 96% de las actividades programadas para empleados de planta, contratistas y personal de empresas temporales. Estas capacitaciones se enfocaron en el desarrollo de competencias y en el fortalecimiento de



EPENDENCIA O SERVIC	%
URGENCIAS - HOSPITALIZ	64%
CONSULTA EXTERNA	50%
VACUNCIÓN	100%
SIAU	83%
FISIOTERAPIA	20%
SALUD ORAL	100%
LABORATORIO	100%
AUDITORÍA MÉDICA	100%
CALIDAD	96%
MANTENIMIENTO	32%
SST	92%
PLANEACIÓN	31%
TRANSVERSALES	100%

Mantenimiento de la infraestructura institucional

1. Objetivo

Ejecución General del Plan de Mantenimiento 2025

El Plan de Mantenimiento y Adecuación 2025 fue estructurado bajo la modalidad de mantenimiento preventivo programado, correctivo controlado y seguimiento técnico documentado, conforme a la criticidad de los equipos y a los requerimientos normativos de infraestructura hospitalaria.

Durante la vigencia se programaron un total de 35 actividades, de las cuales 18 fueron ejecutadas en su totalidad, alcanzando un porcentaje de cumplimiento del 51,4% del plan establecido.

Las actividades ejecutadas se enfocaron principalmente en adecuaciones locativas prioritarias, fortalecimiento de áreas asistenciales y cumplimiento de condiciones de habilitación.

Actividades realizadas:

- Adecuación fisioterapia
- Terminar adecuación área de cocina
- Adecuación malla sede Sur
- Adecuación puntos de red en sala 1 (urgencias), cuarto de equipos y consultorio #1

- Adecuación oficina coordinación urgencias y auxiliar de calidad – instalación puntos de red
- Adecuación tomas de muestras laboratorio
- Sala de procedimientos consulta externa
- Instalación cámara en facturación consulta externa
- Adecuación sala de descanso en parqueadero
- Cambio de pisos
- Adecuación sala de PIC
- Adecuación consultorios 10 y 11 consulta externa
- Instalación puntos de red y cambio de escritorios sala FOMAG
- Pintar áreas comunes de consulta externa
- Adecuar los baños de hospitalización
- Pintar áreas comunes de hospitalización
- Pintar áreas comunes y consultorios de urgencias
- Impermeabilizar las vigas canales del área administrativa
-

Cronograma de Equipos Biomédicos e Industriales

En cumplimiento del Plan de Mantenimiento 2025, el Área de Mantenimiento ejecutó las actividades programadas bajo un enfoque preventivo, correctivo y de seguimiento técnico documentado, garantizando la operatividad y seguridad de los equipos institucionales.

La institución cuenta con un inventario de 885 equipos biomédicos, sobre los cuales se alcanzó un 100% de ejecución en el componente biomédico. Asimismo, se gestionan 52 equipos industriales, logrando un 95% de cumplimiento en este componente. El mantenimiento de la subestación eléctrica no fue ejecutado durante la vigencia debido a contingencia asociada a daño presentado en la planta eléctrica, situación que requirió priorización operativa y reprogramación de la intervención.

Se estructuró cronograma anual para:

Equipos biomédicos asistenciales

Equipos industriales.

Hojas de Vida e Inventario Físico

Se realizó la actualización y verificación física total del inventario institucional, alcanzando un cumplimiento del 100% en la revisión y validación de los bienes registrados, garantizando la concordancia entre la información documental y la existencia física de los activos.

El proceso de inventario institucional se encuentra bajo la responsabilidad de Diana Patricia Vergara, del área de Costos e Inventarios, quien lidera la actualización, control y verificación permanente de los bienes de la institución.

Las hojas de vida de los equipos permanecen bajo custodia en el Área de Mantenimiento, tanto para equipos industriales como biomédicos. En estas se consolida la trazabilidad documental, la identificación mediante código interno institucional y el registro histórico de

intervenciones técnicas, así como de los mantenimientos preventivos y correctivos realizados.

Adicionalmente, se cuenta con información digital actualizada de las últimas adquisiciones efectuadas durante la vigencia 2025, lo que fortalece el control administrativo, técnico y patrimonial de los activos institucionales, garantizando respaldo documental para procesos de auditoría y seguimiento.

El Área de Mantenimiento también dispone de la identificación y ubicación actualizada de los equipos, información que se encuentra integrada al cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo, permitiendo un adecuado seguimiento técnico, control operativo y articulación entre la gestión administrativa y la gestión técnica de los activos industriales y biomédicos.

Porcentaje de ejecución Inventario físico actualizado: 100%

Calibración de Equipos Biomédicos

Se ejecutó el cronograma anual de calibración conforme a requerimientos metrológicos y normativos aplicables el cual se realiza por medios de coodesuris.

EQUIPOS	CANTIDADES
Agitador de Mazzini	1
Aspirador de secreciones	17
Autoclave 160LH	1
Autoclave odontológica	2
Bascula de piso	32
Bascula de residuos	2
Bascula de tallímetro	1
Bascula pediátrica	33
Bombas de infusión	16
Centrifuga	2
Congelador Horizontal	3
Desfibrilador DEA	4
Desfibrilador	7
Doppler	9
Ecógrafo	1
Electrocardiógrafo	5
Electrocauterio	1
Espirómetro	2
Flujómetro doble	39
Flujómetro sencillo	32
Incubadora	2
lampara de calor radiante	2
Lampara de foto curado	8
Micropipeta	7
Monitor de signos vitales	17
Monitor de trasporte	3
Nevera	5

Pulsioxímetro	33
Regulador de Oxígeno	21
Tanque de parafina	1
Tens + Ems	6
Tensiómetro pediátrico	14
Tallímetro	28
Tensiómetro	39
tensiómetro de pared	25
Termohigrómetro	27
Termómetro	9
Termómetro infrarrojo	15
Infantómetro	6
Ventiladores	2

Cumplimiento del cronograma de calibración: 100%

Programa de Tecnovigilancia

En las capacitaciones de Tecnovigilancia dirigidas al personal asistencial se abordan los conceptos básicos del programa, su importancia en la seguridad del paciente y el marco normativo en Colombia establecido por el INVIMA, enfatizando la responsabilidad del personal en la identificación y reporte de eventos e incidentes adversos relacionados con dispositivos médicos; se explica cómo diferenciar entre evento adverso, incidente, falla de funcionamiento y uso inadecuado, así como la clasificación del riesgo según su gravedad y los tiempos de notificación; además, se enseña el procedimiento institucional para diligenciar y remitir los reportes, el manejo adecuado del equipo involucrado (aislarlo, rotularlo y no manipularlo), y el proceso de seguimiento e investigación técnica, promoviendo una cultura de seguridad no punitiva que fortalezca la gestión del riesgo tecnológico y garantice una atención segura y de calidad para los pacientes.





Inspecciones a Red Eléctrica Hospitalaria

Actualmente, la institución no cuenta con un programa de inspecciones técnicas estructurales periódicas específicas para la red eléctrica hospitalaria. No obstante, sí se ejecutan mantenimientos preventivos y correctivos a la infraestructura eléctrica institucional, los cuales comprenden la revisión y mantenimiento de la planta eléctrica, la subestación y los sistemas UPS.

Estas actividades se realizan con el fin de garantizar la continuidad del servicio, la estabilidad del suministro eléctrico y el adecuado funcionamiento de las áreas asistenciales y administrativas, asegurando así la operación continua y segura de la institución.

Capacitaciones al Personal

Durante la vigencia 2025 se ejecutó un programa de capacitación institucional dirigido al personal asistencial y operativo, el cual tuvo como finalidad fortalecer las competencias en el uso seguro y adecuado de la tecnología biomédica de la institución.

Estas jornadas de capacitación estuvieron enfocadas en el uso correcto de los equipos biomédicos, el reporte oportuno de fallas, la aplicación de buenas prácticas de operación y el cumplimiento de los lineamientos de tecnovigilancia.

El desarrollo de estas actividades permitió promover la cultura de seguridad del paciente, optimizar el desempeño de los equipos y reducir riesgos asociados a su inadecuada manipulación, fortaleciendo así la gestión tecnológica institucional













Estas actividades fortalecen la cultura de seguridad del paciente y contribuyen a la reducción de fallas asociadas a uso inadecuado.

Adquisiciones de Tecnología – Vigencia 2025

Durante la vigencia 2025, la institución realizó la adquisición de tecnología biomédica y equipos de apoyo asistencial con el objetivo de fortalecer la capacidad resolutiva, modernizar la infraestructura tecnológica y mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Dentro de las adquisiciones efectuadas se encuentra la compra de un equipo de Rayos X fijo convencional digital con estación de trabajo, destinado a optimizar los procesos diagnósticos, mejorar la calidad de imagen y fortalecer el servicio de apoyo diagnóstico de la institución.

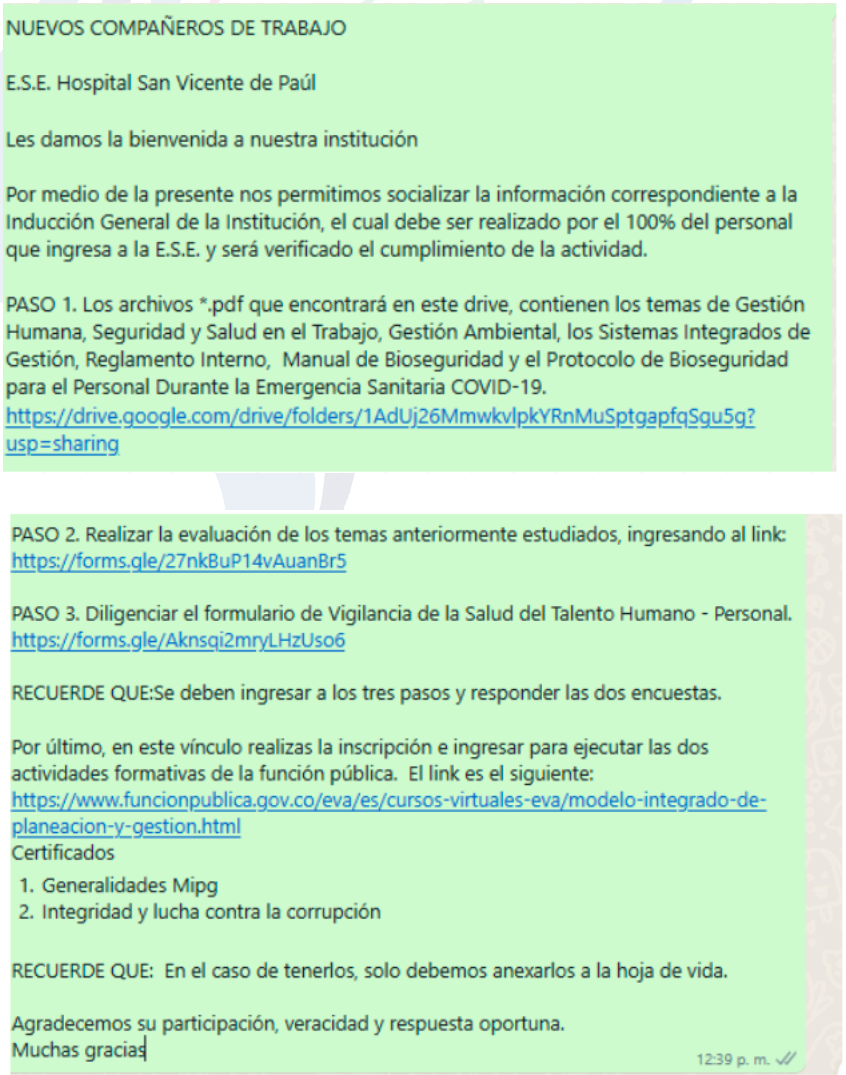
Así mismo, se adquirieron los siguientes equipos:

- Cuatro (4) camillas de transporte para el servicio de urgencias.
- Una (1) camilla ginecológica eléctrica.
- Cinco (5) termohigrómetros.
- Cuatro (4) sillas de ruedas básicas.
- Cuatro (4) contrángulos marca NSK modelo FX23.
- Un (1) congelador vertical No Frost.
- Un (1) infantómetro Kramer.
- Treinta y seis (36) tensiómetros.
- Treinta y seis (36) básculas pesa personas.
- Treinta y seis (36) cintas métricas antropométricas.
- Treinta y seis (36) termómetros infrarrojos.
- Treinta y seis (36) equipos de órganos de pared para diagnóstico básico.
- Treinta y seis (36) fonendoscopios.

Estas adquisiciones permitieron fortalecer los servicios de urgencias, consulta externa, odontología y atención primaria en salud, así como los Equipos Básicos en Salud, contribuyendo al mejoramiento de la cobertura, la oportunidad diagnóstica y la calidad en la atención a la comunidad.

⇒ **Socialización planes MIPG**

Se realizó la socialización de los planes y procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) a los funcionarios Públicos de la institución a través de la plataforma de Función pública, permitiendo que cada funcionario adquiera su certificación de manera digital



NUEVOS COMPAÑEROS DE TRABAJO

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl

Les damos la bienvenida a nuestra institución

Por medio de la presente nos permitimos socializar la información correspondiente a la Inducción General de la Institución, el cual debe ser realizado por el 100% del personal que ingresa a la E.S.E. y será verificado el cumplimiento de la actividad.

PASO 1. Los archivos *.pdf que encontrará en este drive, contienen los temas de Gestión Humana, Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestión Ambiental, los Sistemas Integrados de Gestión, Reglamento Interno, Manual de Bioseguridad y el Protocolo de Bioseguridad para el Personal Durante la Emergencia Sanitaria COVID-19.
https://drive.google.com/drive/folders/1AdUj26MmwkvlpkYRnMuSptgapfqSgu5g?usp=sharing

PASO 2. Realizar la evaluación de los temas anteriormente estudiados, ingresando al link:
https://forms.gle/27nkBuP14vAuanBr5

PASO 3. Diligenciar el formulario de Vigilancia de la Salud del Talento Humano - Personal.
https://forms.gle/Aknsqi2mryLHzUso6

RECUERDE QUE:Se deben ingresar a los tres pasos y responder las dos encuestas.

Por último, en este vínculo realizas la inscripción e ingresar para ejecutar las dos actividades formativas de la función pública. El link es el siguiente:
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/es/cursos-virtuales-eva/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion.html
Certificados

1. Generalidades Mipg
2. Integridad y lucha contra la corrupción

RECUERDE QUE: En el caso de tenerlos, solo debemos anexarlos a la hoja de vida.

Agradecemos su participación, veracidad y respuesta oportuna.
Muchas gracias

12:39 p. m.

⇒ **Plan Estadístico**

Se llevó a cabo una revisión exhaustiva del documento, identificando la necesidad de realizar pequeños ajustes para alinearlo completamente con los lineamientos establecidos por la metodología MIPG. Estos ajustes están en proceso de implementación, lo que garantizará el cumplimiento

Políticas institucionales



LINEA ESTRATEGICA 3: INNOVACIÓN SOSTENIBLE

PROGRAMA: HOSPITALES VERDES Y SALUDABLES

El área de **Gestión Ambiental** tiene como fin reducir la huella ambiental generada en la prestación de servicios de salud, y contribuir al mejoramiento de la salud pública a través de su aporte a la salud ambiental de la comunidad, de la medición de aspectos ambientales y el cumplimiento de la normativa ambiental, en la búsqueda de un mejor desempeño ambiental y reafirmar el compromiso de ser un hospital verde y saludable

PLAN OPERACIONAL INSTITUCIONAL 2025

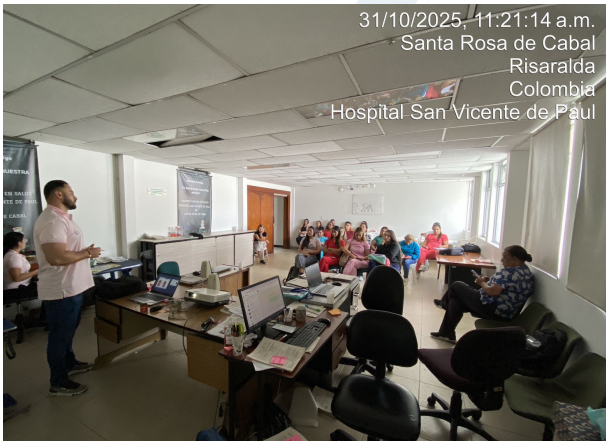
El plan de trabajo de gestión ambiental se orienta bajo una articulación entre el plan de acción ambiental e institucional, red global de hospitales verdes y saludables, plan institucional de capacitaciones, acuerdos municipales y cumplimiento de normativa ambiental.

- **Capacitaciones**

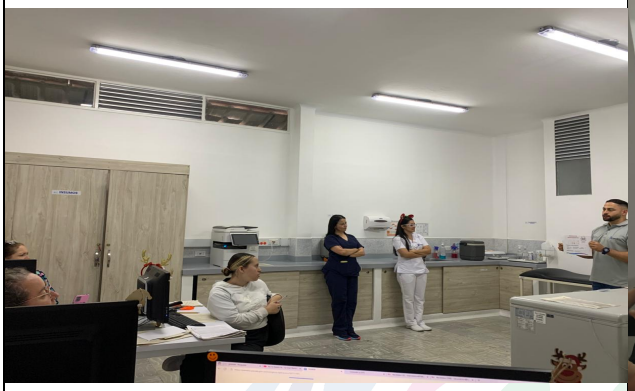
No.	TEMAS	OBJETIVO	SEGUIMIENTO	EJECUCIÓN
1	Legislación ambiental y sanitaria vigente	Todo el personal	PROGRAMADO	1
			EJECUTADO	1
			% DE CUMPL.	100%
2	Riesgos ambientales y sanitarios por el inadecuado manejo de los residuos hospitalarios y similares	Todo el personal	PROGRAMADO	1
			EJECUTADO	1
			% DE CUMPL.	100%
3	PGIRASA	Líderes de procesos	PROGRAMADO	1
			EJECUTADO	1
			% DE CUMPL.	100%
4	Clasificación y segregación de residuos	Personal de aseo	PROGRAMADO	1
			EJECUTADO	1
			% DE CUMPL.	100%
6	Seguridad en la gestión interna de residuos	Todo el personal	PROGRAMADO	1
			EJECUTADO	1

			% DE CUMPL.	100%
7	Planes de contingencia en la gestión interna de residuos	Personal de aseo	PROGRAMADO	1
			EJECUTADO	1
			% DE CUMPL.	100%
8	Bioseguridad en la gestión interna de residuos	Personal de aseo	PROGRAMADO	1
			EJECUTADO	1
			% DE CUMPL.	100%
9	Talleres de segregación de residuos, movimiento interno, almacenamiento, simulacros de aplicación del Plan de Contingencia, etc.	Personal de aseo	PROGRAMADO	3
			EJECUTADO	2
			% DE CUMPL.	67%
10	Desactivación de residuos: procedimientos utilizados, formulación y aplicación de soluciones desactivadoras, materiales utilizados y su debida manipulación	Personal de Planta	PROGRAMADO	2
			EJECUTADO	0
			% DE CUMPL.	0%

Plan de capacitaciones	PROGRAMADO	12
	EJECUTADO	9
	% DE CUMPL.	75%





	
Se logra un alto cumplimiento del plan de capacitaciones, dejando sin ejecución únicamente temas desactualizados normativamente.	

- **Control de plagas**

El manejo integrado de plagas (MIP) en la ESE Hospital San Vicente de Paúl es fundamental para garantizar la salud de los pacientes, el personal y la comunidad en general. Se enfoca en:

- **Monitoreo**

Inspecciones Regulares: Realizar inspecciones frecuentes en todas las áreas del hospital para detectar signos de infestaciones. Esto incluye habitaciones, áreas administrativas, cocina, zonas verdes y zonas de residuos.

- **Prevención**

Manejo de Residuos: Asegurar una correcta segregación y disposición de residuos, especialmente los orgánicos. Los contenedores deben estar sellados y ser retirados regularmente.

- **Control Químico**

Uso Responsable de Plaguicidas: Elegir productos aprobados para uso hospitalario y aplicarlos de manera controlada.

Realizar los controles químicos necesarios para garantizar un manejo integrado de plagas en las instalaciones y vehículos de la ESE	PROGRAMADO	5
	EJECUTADO	5
	% DE CUMPL.	100%









El manejo integrado de plagas no solo mejora la seguridad y salud en el hospital, sino que también contribuye a una mejor imagen institucional y al bienestar general de la comunidad.

- **Mantenimiento de árboles (Gestión del Riesgo)**

Los árboles de la ESE representan tanto beneficios como riesgos. Por esto se gestionan los riesgos de manera adecuada para garantizar la seguridad de pacientes, personal y visitantes, ya que ramas débiles o enfermas pueden caer y causar lesiones, pueden ser huéspedes de plagas o enfermedades, anidamiento de aves cuyos excrementos pueden

contaminar superficies y en general representar un riesgo para la salud y un reto en el mantenimiento de la infraestructura.

<table>
<tr>
<td>  </td>
<td>  </td>
</tr>
<tr>
<td>  </td>
<td>  </td>
</tr>
</table>

Reportes Autoridades Ambientales

- **Caracterización de aguas**

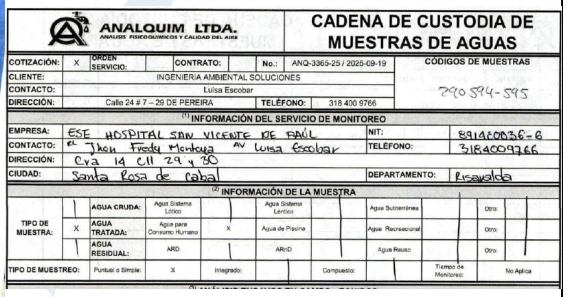
El análisis microbiológico del agua potable y la caracterización de aguas residuales no domésticas en la institución es crucial tanto para la gestión ambiental como para la salud pública

Análisis microbiológico de agua potable









ANALQUIM LTDA.
ANALISIS FISICOQUIMICOS Y CALIDAD DEL AIRE

CADENA DE CUSTODIA DE MUESTRAS DE AGUAS

COTIZACIÓN:	X	ORDEN SERVICIO:		CONTRATO:	No.:	ANQ-3365-25 / 2025-09-19
CLIENTE:	INGENIERIA AMBIENTAL SOLUCIONES					
CONTACTO:	Luisa Escobar					
DIRECCIÓN:	Calle 24 # 7 – 29 DE PEREIRA			TELÉFONO:	318 400 9766	

CÓDIGOS DE MUESTRAS: 790 594-595

(1) INFORMACIÓN DEL SERVICIO DE MONITOREO

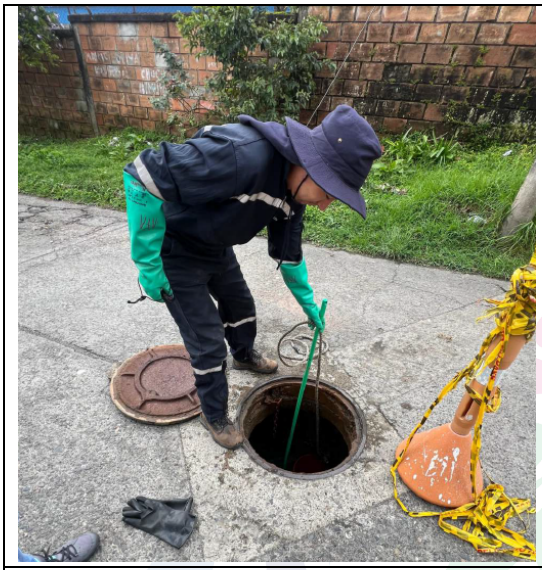
EMPRESA:	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL	NIT:	891480036-6
CONTACTO:	Jhon Fredy Montoya AV Luisa Escobar	TELÉFONO:	3184009766
DIRECCIÓN:	Cra 14 Cll 29 y 30		
CIUDAD:	Santa Rosa de cabal	DEPARTAMENTO:	Risaralda

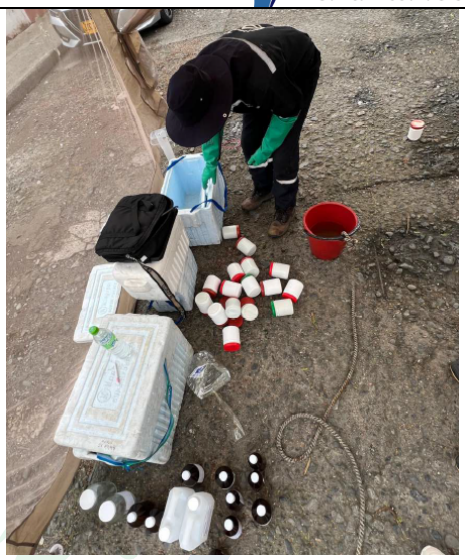
(2) INFORMACIÓN DE LA MUESTRA

TIPO DE MUESTRA:		AGUA CRUDA:	Agua Sistema Lótico		Agua Sistema Lentico		Agua Subterránea		Otro:	
	X	AGUA TRATADA:	Agua para Consumo Humano	X	Agua de Piscina		Agua Recreacional		Otro:	
		AGUA RESIDUAL:	ARD		ARnD		Agua Reuso		Otro:	
TIPO DE MUESTREO:		Puntual o Simple:	X	Integrado:		Compuesto:		Tiempo de Monitoreo:		No Aplica

El agua potable debe cumplir con estándares de calidad microbiológica para prevenir enfermedades, la resolución 2115 de 2007 del Ministerio de Salud, establece normas específicas sobre la calidad del agua. **Resultados reportados ante Empocabal. Requisito cumplido en un 100%**

Caracterización de aguas residuales







ANALQUIM LTDA.
ANALISIS FISICOQUIMICOS Y CALIDAD DEL AIRE

CADENA DE CUSTODIA DE MUESTRAS DE AGUAS

COTIZACIÓN:	X	ORDEN SERVICIO:		CONTRATO:		No.:	ANQ-3365-25 / 2025-09-19
CLIENTE:	INGENIERIA AMBIENTAL SOLUCIONES						
CONTACTO:	Luisa Escobar						
DIRECCIÓN:	Calle 24 # 7 – 29 DE PEREIRA				TELÉFONO:		316 400 9766

CÓDIGOS DE MUESTRAS: 290.592-593

(1) INFORMACIÓN DEL SERVICIO DE MONITOREO

EMPRESA:	ESE HOSPITAL San Vicente de Paúl	NIT:	891480036-6
CONTACTO:	EL Jhon Fredy Montoya AV Luisa escobar	TELÉFONO:	3189009766
DIRECCIÓN:	Cra 14 cll 29 430		
CIUDAD:	Santa Rosa de Cabal	DEPARTAMENTO:	Risaralda

(2) INFORMACIÓN DE LA MUESTRA

TIPO DE MUESTRA:		AGUA CRUDA:	Agua Sistema Lótico		Agua Sistema Lentico		Agua Subterránea		Otro:		
		AGUA TRATADA:	Agua para Consumo Humano		Agua de Piscina		Agua Recreacional		Otro:		
	X	AGUA RESIDUAL:	ARD		ARnD	X	Agua Reuso		Otro:		
TIPO DE MUESTREO:		Puntual o Simple:		Integrado:		Compuesto:	X	Tiempo de Monitoreo:	6 Horas		

Las aguas residuales no domésticas pueden contener productos químicos y microorganismos peligrosos. La caracterización permite identificar estos contaminantes y su potencial impacto ambiental. **Resultados reportados ante Empocabal. Requisito cumplido en un 100%**

- **Registro de generadores de residuos peligrosos – Registro Único Ambiental (CARDER – IDEAM)**

CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN AL REGISTRO DE GENERADORES DE RESIDUOS PELIGROSOS Y DEL REPORTE DE INFORMACIÓN ANUAL	
Formato Nro.:	5000321743
Fecha del Certificado:	17/03/2025, 2:49:34 pm
NIT:	891480036
Empresa:	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL SANTA ROSA DE CABAL
Establecimiento ó instalación:	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL SANTA ROSA DE CABAL
Estado:	ACTIVO
Municipio:	SANTA ROSA DE CABAL
Usuario:	USRRESP11901
Departamento:	RISARALDA
Dirección:	CARRERA 14 ENTRE CALLES 29 y 30
Fecha de inscripción al Registro:	18/06/2009
Responsable del diligenciamiento de la información:	Federico Hincapie Londoño
Correo electrónico:	sstambiental@hospisantarosadecabal.gov.co
Autoridad Ambiental:	CARDER
Perido de Balance:	01/01/2024 - 31/12/2024
Fecha de diligenciamiento:	27/02/2024
Fecha y hora del cierre:	14/03/2025 02:29:25 PM
Periodos de balance a la fecha diligenciados:	2008 :: 2009 :: 2010 :: 2011 :: 2012 :: 2013 :: 2014 :: 2015 :: 2016 :: 2017 :: 2018 :: 2019 :: 2020 :: 2022 :: 2023 :: 2024 ::
DILIGENCIADO EN:	Ambiente de producción, URL: http://rua-respel.ideam.gov.co/mursmpr/
Si tiene dudas, consultar con la Autoridad Ambiental de la jurisdicción o el IDEAM	
La inscripción en el Registro de Generadores de residuos peligrosos sólo será válida cuando el generador realice su reporte anual (Resolución 1362 de 2007 Art. 4 Par. 3)	

El registro de generadores de residuos se realiza a través de la plataforma del RUA y es un requisito ambiental y legal que permite garantizar la cuantificación de los residuos peligrosos generados en la institución y su correcta gestión. La ESE Hospital se clasifica como mediano generador con una media móvil de 890,2 kg. **Requisito cumplido en un 100%**

- **Concepto Sanitario (Secretaría de salud)**

Se atiende equipo de secretaría de salud municipal y departamental con el fin de realizar inspección locativa y revisión documental para validar el cumplimiento de normativas ambientales





Observaciones	**EQUIPO MUY COMPROMETIDO Y PRESTO PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**
Recomendaciones	**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL 100%**
Exigencias	**NINGUNA**
Concepto	**Favorable**
Fecha Proxima Visita	**2026-03-31**

Se obtiene concepto sanitario favorable con un porcentaje de cumplimiento del 100%. **Requisito cumplido en un 100%**

Gestión Integral de Residuos Peligrosos

- **Gestión de residuos peligrosos**

Realizar la gestión externa de los residuos peligrosos que se generen en la ESE Hospital, de acuerdo con la normatividad ambiental vigente		GENERADOS	10.504,45 kg
		GESTIONADOS	10.504,45 kg
Respel gestionados en el año 2025	10.504,45 kg	% DE CUMPL.	100%

- **Gestión de medicamentos**

Realizar la gestión externa de medicamentos con empresa autorizada: La ESE HOSPITAL actualmente tiene contratada la gestión externa de residuos de medicamentos con la empresa EMDEPSA S.A.S.E.S.P, el apoyo de la supervisión de dicho contrato está a cargo

del líder de gestión ambiental y es una acción continua que se extiende por todo el año con una periodicidad de 3 veces por semana.

Realizar la gestión externa de medicamentos con empresa autorizada		GENERADOS	376,45 kg
		GESTIONADOS	376,45 kg
Fármacos gestionados en el año 2025	376,45 kg	% DE CUMPL.	100%

- **Transporte**

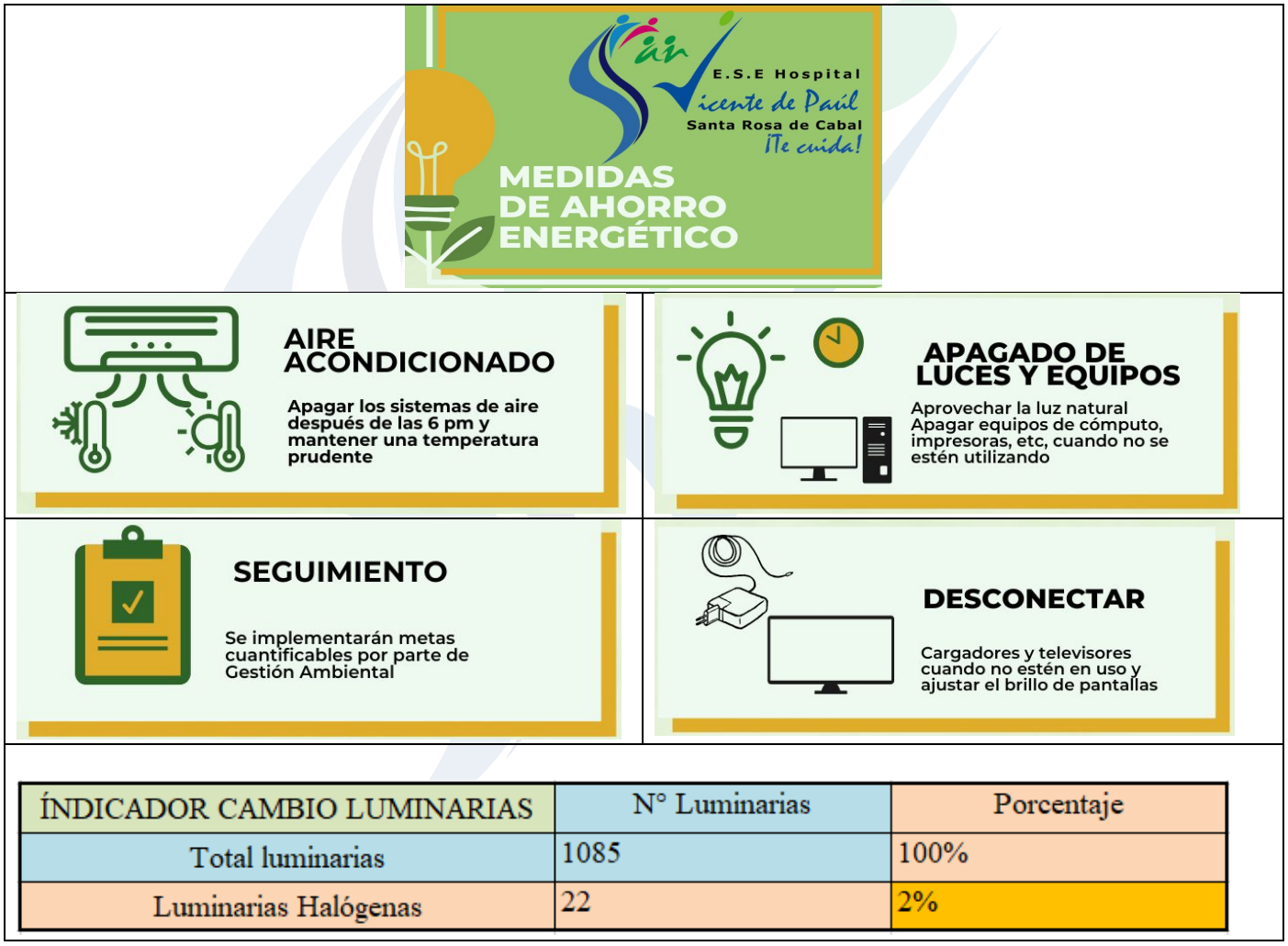
Promover beneficio de uso de bicicleta en los funcionarios	PROGRAMADO	1
	EJECUTADO	1
	% DE CUMPL.	100%



Promover beneficio de uso de bicicleta en los funcionarios: Mediante campaña digital se impulsó el uso de bicicleta como medio de transporte en los funcionarios del hospital. Mediante acción conjunta con el GAGAS, se gestiona la adecuación del parqueadero, logrando así un espacio dedicado al parqueo de bicicletas dentro de la institución.

- **Energía**

El seguimiento al consumo de energía eléctrica se hace desde el GAGAS, y el líder ambiental adelanta campañas de sensibilización no programadas orientadas al mejoramiento de este indicador.



ÍNDICADOR CAMBIO LUMINARIAS	N° Luminarias	Porcentaje
Total luminarias	1085	100%
Luminarias Halógenas	22	2%

PROGRAMA: TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y EVOLUCIÓN TECNOLÓGICA

Software Integral Institucional (DGH)

Para la vigencia 2025, a nivel del Software Hospitalario DGH, se logra cumplir con los cambios normativos presentados a nivel de FEV-RIPS, en conjunto con cada una de las nuevas funcionalidades que dichas actualizaciones exigían; gracias a la contratación oportuna del soporte directo con el proveedor tecnológico, se cumplió normativamente con:

- Res. 2275 FEV-RIPS
- Res. 2284 Glosas y Devoluciones

Adicionalmente, desde el área de Sistemas de Información se llevó a cabo una oportuna detección e intervención de errores, optimizando así:

- Generación de RIPS evento y cápita
- Corrección en procesos de generación de notas de ajuste RIPS evento y cápita
- Desarrollo de herramientas para la generación y corrección masiva de RIPS en pro de los indicadores institucionales.

Entorno DGH Web

Durante la vigencia 2025, se estabilizó en gran medida el nuevo entorno WEB del Software DGH, permitiendo una mayor fluidez de los procesos asistenciales y disminuyendo las caídas del sistema. Lo anterior mediante la adquisición de más almacenamiento en discos de tipo sólido para la disminución de cargas que exigen los nuevos sitios web del Software DGH, esto permitió la correcta distribución de cargas entre las áreas de URGENCIAS y CONSULTA EXTERNA.

Se fortalecieron y adecuaron los diseños de Historias Clínicas de acuerdo a las necesidades del Hospital y como medio para una mayor obtención de información en pro de los indicadores institucionales.

La gestión evidenciada a nivel de infraestructura tecnológica, permitió una actuación rápida frente a las necesidades presentadas garantizando siempre una atención oportuna y adecuada para el usuario final desde el ámbito tecnológico.

Fortalecimiento Talento Humano TI

El fortalecimiento del talento humano TI, se da desde tres frentes de actuación:
El primero, la actualización continua del talento humano con relación a las nuevas funcionalidades y cambios en procesos del Software Institucional; lo cual permite un adecuado soporte y apoyo para los usuarios internos.

El segundo, la vinculación de talento humano TI como apoyo al área de Sistemas para aumentar la efectividad en la atención a solicitudes de soportes desde un ámbito más administrativo y orientado al mejoramiento de la infraestructura tecnológica.
El tercero, vinculación de enfermera jefe para fortalecimiento del sistema de información desde el ámbito asistencial; fortaleciendo la calidad del dato en informes asistenciales requeridos por las diferentes entidades EPS; apuntando al fortalecimiento y cumplimiento de indicadores.

Infraestructura Tecnológica

Se actúa de manera efectiva para solventar las necesidades inmediatas a nivel de infraestructura tecnológica. Lo anterior, en relación a la adquisición de equipos de cómputo, conectividad e impresora para la adecuada atención extramural en puesto de Salud de la Hermosa.

Así mismo, para la gestión oportuna de la contratación que involucra: renovación del firewall, antivirus y conectividad.

Sistema de Información

Continuo fortalecimiento en la estructuración de informes automatizados para un acceso efectivo y oportuno al dato, de acuerdo a las necesidades del usuario. Así mismo, para la detección de errores en calidad del dato y pertinencia del mismo en proceso tales como la nueva forma de validación de FEV-RIPS.

Durante la gestión realizada en la vigencia 2025, la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl mantuvo una sólida funcionalidad de sus procesos administrativos y asistenciales mediante la continua actualización del Software Institucional (Dinámica Gerencial Hospitalario), y el acceso oportuno a soporte del mismo. Se dio continuidad al fortalecimiento en automatización de informes, no solo a nivel de reportes, también para la detección de errores en nuevos procesos de información, a través de consultas directas al Sistema de Información que permiten un seguimiento de datos específicos en tiempo real. Finalmente, resaltar su orientación al desarrollo continuo del talento humano en pro del Software Institucional y sus procesos de soporte, historia clínica, análisis de información e infraestructura tecnológica.

GESTION DOCUMENTAL

Capacitaciones y acompañamiento en conceptos técnicos en técnicas y normas en gestión documental y archivística en las áreas asistenciales.

*SIAU
*Financiera
*PIC
*Central de Materiales
*Laboratorio
*Odontología
*Subgerencia

Mesa técnica de evaluación en consentimientos informados.

A nivel institucional se realizó un Mesa Técnica de consentimientos informados se tomó como muestra para evaluar el área de **URGENCIAS,** desde el 24 de agosto hasta 28 de octubre del 2025, teniendo en cuenta el diligenciamiento de formato. De esta evaluación se generó un informe, con un total de **3.390** consentimientos evaluados.

Los consentimientos informados que se encontraron fueron **42.720** en diferentes áreas, estos fueron trasladados para el Archivo Central de la siguiente manera:

URGENCIAS
consentimientos informados para procedimientos de enfermería.

Total, documentos archivados año 2024
Fecha de inicio 14 de agosto hasta 31 de diciembre: **9.176**

Total, documentos archivados año 2025
Fecha de inicio 1 de enero hasta 31 de diciembre: **17.377**

LABORATORIO
consentimientos informado toma de muestras laboratorio clínico.

Total, documentos archivados año 2024
Fecha de inicio 2 de enero hasta 9 de mayo: **192**

FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA.
Total, documentos archivados año 2024
Fecha de inicio enero hasta agosto: **370**

ODONTOLOGIA
consentimientos informados para atención en odontología.

Total, documentos archivados año 2024
Fecha de inicio noviembre hasta diciembre: **1.369**

Total, documentos archivados año 2025
Fecha de inicio noviembre hasta diciembre: **14.236**

Reducción del **98%** en el papel para la fotocopiadora Institucional.

El papel para fotocopiadora era solicitado y cargado por Gestión Documental-Archivo, con cantidades de **10.500** hojas por mes para las diferentes áreas y con la gestión realizada desde el área, el día de hoy se está solicitando **500** hojas cada dos meses.

ARCHIVO CENTRAL

Cumplimiento de normativas legales relacionadas con la conservación y disposición final de los documentos

***Central de Materiales**
Total, documentos eliminados: **532.423**
Total, documentos archivados: **0**

***Seguridad y salud en el trabajo**
Total, documentos eliminados:**7.505**
Total, documentos archivados: **624**

***Planeación**
Total, documentos eliminados: **188.367**
Total, documentos archivados: **3.047**

***Farmacia**
Total, documentos eliminados: **24.662**
Total, documentos archivados: **28.429**

***Odontología (Puesto de Salud la Hermosa)**
Total, documentos eliminados: **472**
Total, documentos archivados: **1.128**

***SIAU**
Total, documentos eliminados: **1.865**
Total, documentos archivados: **1.743**

***Mantenimiento**
Total, documentos eliminados: **1.520**

***Ruta Cardio Vascular**
Total, documentos eliminados: **1.110**

***Subgerencia**
Total, documentos eliminados: **161**
Total, documentos archivados: **2.600**

*personal
Total, documentos archivados: **972**

***Laboratorio**
Total, documentos eliminados: **8.425**
Total, documentos archivados: **200**

***Financiera (fondo acumulado)**
Total, documentos eliminados: **839.771**

ARCHIVO CENTRAL INSTITUCIONAL

Historia clínica:
Segunda fase, implementación y organización del área de historias clínicas:

El área de historia clínica cuenta con:

*** TOPOGRAFIA**
*** NOMENCLATURA**
*** SIGNATURA**

Solicitud de historias clínicas:

Gracias a la gestión pedagógica en el año 2025 se disminuyó en los meses de octubre, noviembre y diciembre en un **80%** la solicitud presencial de historias y aumento la solicitud por correo electrónico. Logrando así la comodidad para nuestros usuarios.

GIDITALIZACION DEL AREA ASISTENCIAL

Se inicia con la organización de anexos de la historia clínica en las áreas de Urgencias y Odontología con forme a las normas archivísticas.

Urgencias: consentimientos informados años 2024, 2025.

Odontología: consentimientos informados, evolución y Odontograma iniciando desde 2016

FONDOS ACUMULADOS

Se relaciona **13** fondos acumulados ubicados en diferentes espacios de la institución, el contenido, la dependencia protutora y las cantidades de documentos acumulados se desconocen.

1. Fondo acumulado Farmacia 1 y 2
2. Fondo acumulado portería urgencia
3. Fondo acumulado PIC 1 y 2
4. Fondo acumulado bodega de seguridad y salud en el trabajo
5. Fondo acumulado escaleras área administrativo
6. Fondo acumulado baños de los hombres área administrativa
7. Fondo acumulado consulta externa
8. Fondo acumulado archivo central
9. Fondo acumulado Odontología
10. Fondo acumulado Urgencias
11. Fondo acumulado Puesto de salud la Hermosa
12. Fondo acumulado Laboratorio
13. Fondo acumulado Ruta Cardiovascular
14. Fondo acumulado subgerencia
15. SIAU – TRABAJO SOCIAL
16. Fondo acumulado Personal

En el año 2025 se dieron de baja 10 fondos:

- Área financiera
- Puesto de Salud la Hermosa
- Área Urgencias
- Área Odontología
- Área Ruta Cardiovascular
- Área Subgerencia
- Área seguridad y salud en el trabajo
- Área Laboratorio

- Área SIAU – TRABAJO SOCIAL
- Área Personal

PLAN OPERATIVO 2025

EJE ESTRATEGICO	PROGRAMA	ESTRATEGIA INSTITUCIONAL	MIPG	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO 2025	PRESUPUESTO EJECUTADO
Innovación sostenible	Hospitales verdes	Política de Gestión Ambiental	Gestión con valores para resultados	Garantizar la gestión integral hospitalaria mediante la implementación y actualización del PGIRASA conforme a la normatividad vigente.	Implementar PGIRASA	90%	PGIRASA implementado	90%	90%	$ 78.420.696
Innovación sostenible	Hospitales verdes	Política de Gestión Ambiental	Gestión con valores para resultados	Garantizar la correcta disposición final de los residuos hospitalarios conforme a la normatividad vigente	Realizar seguimiento y control al gestor externo de residuos hospitalarios, verificando la recolección, transporte, tratamiento y disposición final conforme a la normatividad vigente	1	Número de seguimientos realizados al gestor externo de residuos	1	1	$ 524.783.460
Innovación sostenible	Hospitales verdes	Política de Gestión Ambiental	Gestión con valores para resultados	Garantizar el cumplimiento de los requerimientos ambientales mediante el reporte oportuno de la información ambiental institucional	Realizar y presentar los reportes ambientales requeridos por la autoridad ambiental competente, conforme a la normatividad vigente	2	Número de reportes ambientales presentados dentro de los plazos establecidos	2	2	$ -
Innovación sostenible	Hospitales verdes	Política de Gestión Ambiental	Gestión con valores para resultados	Prevenir, mitigar y controlar los riesgos ambientales derivados de las actividades institucionales	Identificar, evaluar y controlar los riesgos ambientales institucionales mediante la implementación de medidas de prevención, seguimiento y control	100%	Porcentaje de riesgos ambientales identificados y controlados	100%	100%	$ 4.800.000
Innovación sostenible	Hospitales verdes	Politica de Seguimiento y Evaluación de desempeño Institucional	Evaluacion de Resultados	Evaluar el desempeño de la gestión ambiental institucional mediante el seguimiento y análisis de indicadores, para la toma de decisiones y mejora continua	Realizar seguimiento, análisis y reporte periódico de los indicadores de gestión ambiental definidos por la institución	6	Número de seguimientos realizados a los indicadores ambientales	6	6	$ -
Innovación sostenible	Hospitales verdes	Política de Gestión Ambiental	Gestion con valores para resultados	Garantizar la adecuada gestión de los residuos hospitalarios conforme a la normatividad vigente	Implementar prácticas para la correcta segregación, manejo y disposición de los residuos, especialmente los biológicos y químicos, garantizando su tratamiento y eliminación de manera segura y conforme con la normativa ambiental vigente.	95%	% de residuos hospitalarios gestionados correctamente	80%	100%	$ 18.673.098
Innovación sostenible	Hospitales verdes	Política de Gestión Ambiental	Gestion con valores para resultados	Promover el uso eficiente de la energía institucional	Fomentar el uso eficiente de la energía dentro de la institución, promoviendo el uso de tecnologías más eficientes, la sensibilización del	3	Número de campañas realizadas	3	3	$ -

					personal sobre el ahorro energético y la instalación de equipos con bajo consumo.					
Innovación sostenible	Hospitales verdes	Política de Gestión Ambiental	Gestion con valores para resultados	Optimizar el uso eficiente del recurso hídrico	Implementar sistemas de ahorro y control del consumo de agua	3	Número de campañas realizadas	3	3	$ -
Innovación sostenible	Hospitales verdes	Política de Gestión Ambiental	Gestion con valores para resultados	Reducir el impacto ambiental del transporte institucional	Implementar sistemas de ahorro y reutilización de agua en la institución, asegurando que se reduzcan las pérdidas y se optimice su uso en todos los procesos hospitalarios.	3	Número de campañas realizadas	3	3	$ -
Innovación sostenible	Hospitales verdes	Política de Gestión Ambiental	Gestion con valores para resultados	Fortalecer la cultura ambiental institucional	Realizar actividades de sensibilización ambiental	95%	% personal capacitado	95%	95%	$ -
Innovación sostenible	Hospitales verdes	Política de Gestión Ambiental	Gestion con valores para resultados	Garantizar el manejo seguro de productos farmacéuticos	Implementar prácticas para la compra responsable y el manejo adecuado de los productos farmacéuticos, priorizando aquellos que sean ambientalmente responsables y promoviendo su correcta disposición al final de su ciclo de vida.	87%	% medicamentos gestionados correctamente	86%	87%	$ -
Innovación sostenible	Hospitales verdes	Política de Gestión Ambiental	Gestion con valores para resultados	Garantizar infraestructura ambientalmente sostenible	Implementar prácticas de construcción y mantenimiento sostenible en los edificios de la institución, enfocándose en la reducción de riesgos sanitarios y ambientales. Esto se logrará a través del cumplimiento de normativas vigentes, la implementación de tecnologías limpias, el uso de materiales ecológicos.	50%	Índice de sostenibilidad ambiental en las instalaciones.	0%	0%	$ -
Innovación sostenible	Hospitales verdes	Política de Gestión Ambiental	Gestion con valores para resultados	Promover compras ambientalmente responsables	Implementar políticas de compras sostenibles en todos los niveles de la institución, priorizando productos y servicios que sean ambientalmente responsables, éticos y que promuevan el desarrollo local.	90%	% compras sostenibles	85%	90%	$ 106.941.698
Innovación sostenible	Hospitales verdes	Política de Gestión Ambiental	Gestion con valores para resultados	Garantizar el control seguro de plagas	Implementar programa de control de plagas sostenible	100%	% control de plagas ejecutado	100%	100%	$ 2.405.290
Innovación sostenible	Transformacion digital y evolucion tecnologica	Política de Gestión de Tecnología	Gestión con Valores para resultados	Monitorear la implementación de los planes estratégicos de TI, asegurando el cumplimiento de los objetivos planteados en términos de eficiencia operativa, seguridad de la	Realizar seguimiento al PETI	80%	% cumplimiento PETI	80%	80%	$ 184.438.034

				información y soporte tecnológico para los servicios de salud.						
Innovación sostenible	Transformacion digital y evolucion tecnologica	Política de Seguridad de la Información	Gestión con Valores para resultados	Verificar la correcta implementación de las políticas de seguridad y privacidad de la información, garantizando la protección de datos sensibles y el cumplimiento de las normativas vigentes.	Realizar seguimiento al Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	50%	% cumplimiento plan	40%	50%	$ 832.525
Innovación sostenible	Transformacion digital y evolucion tecnologica	Política de Gobierno Digital	Gestión con Valores para resultados	Desarrollar e implementar un programa integral de transformación digital que abarque la automatización de procesos, digitalización de documentos y mejoras tecnológicas en los servicios al usuario.	Implementar el Programa de Transformación Digital	50%	% implementación	40%	50%	$ 62.931.058
Innovación sostenible	Transformacion digital y evolucion tecnologica	Política de Seguridad de la Información	Gestión con Valores para resultados	Garantizar disponibilidad de la información	Realizar copias de seguridad (backup)	90%	% backups realizados	90%	90%	$ -
Innovación sostenible	Transformacion digital y evolucion tecnologica	Política Seguridad Información	Gestión con Valores para resultados	Optimizar y actualizar los trámites administrativos para mejorar la experiencia del usuario, reduciendo tiempos de espera y simplificando procesos.	Gestionar usuarios y accesos a sistemas	80%	% accesos controlados	80%	80%	$ -
Innovación sostenible	Transformacion digital y evolucion tecnologica	Política de Gobierno Digital	Gestión con Valores para resultados	Mantener actualizada la página web institucional con información relevante y accesible para los usuarios, cumpliendo con estándares de accesibilidad y usabilidad.	Mantener actualizada la página web institucional	80%	% cumplimiento	70%	80%	$ -
Innovación sostenible	Transformacion digital y evolucion tecnologica	Política de Gestión de Tecnología	Gestión con Valores para resultados	Garantizar el funcionamiento del sistema de información hospitalario con las actualización de norma vigentes	Garantizar la actualización del sistema de información hospitalario con la normatividad vigente	100%	% cumplimento	95%	100%	$ 188.509.027
Innovación sostenible	Transformacion digital y evolucion tecnologica	Política de Gestión de Tecnología	Gestión con Valores para resultados	Garantizar funcionamiento adecuado	Realizar mantenimiento de sistemas	80%	% mantenimientos realizados	80%	80%	$ 281.400
Innovación sostenible	Transformacion digital y evolucion tecnologica	Política de Gestión de Información Estadística	Información y Comunicación	Reportar información a SISPRO	Reportar información a SISPRO	100%	% reportes enviados	90%	100%	$ -
Innovación sostenible	Tranformacion digital y evolucion tecnologica	Política de Gestión Documental	Información y Comunicación	Llevar a cabo la auditoría del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo	Llevar a cabo la auditoría del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo	1	Auditorías realizadas al SGDEA	1	1	$ -

Innovación sostenible	Tranformacion digital y evolucion tecnologica	Política de Gestión Documental	Información y Comunicación	Garantizar la organización, conservación y acceso adecuado a los documentos institucionales	Ley 594 de 2000, Decreto 1080 de 2015, Acuerdo 003 de 2015 AGN	70%	% de áreas con organización documental conforme a normativa	60%	70%	$ -
Innovación sostenible	Tranformacion digital y evolucion tecnologica	Política de Gestión Documental	Información y Comunicación	Realizar transferencias documentales al archivo central	Realizar transferencias documentales al archivo central	70%	% transferencias realizadas	0%	75%	$ -
Innovación sostenible	Tranformacion digital y evolucion tecnologica	Política de Gestión Documental	Información y Comunicación	Preservar la integridad documental	Implementar medidas de conservación documental	90%	% cumplimiento medidas conservación	90%	90%	$ -
Innovación sostenible	Tranformacion digital y evolucion tecnologica	Política de Gestión Documental	Información y Comunicación	Garantizar la gestión documental institucional	Actualizar el PGD	100%	% cumplimiento PGD	0%	100%	$ -
Innovación sostenible	Tranformacion digital y evolucion tecnologica	Política de Gestión Documental	Información y Comunicación	Fortalecer la cultura documental	Realizar capacitaciones en gestión documental	90%	% personal capacitado	90%	95%	$ -
Innovación sostenible	Tranformacion digital y evolucion tecnologica	Política de Gestión Documental	Información y Comunicación	Garantizar acceso y conservación documental	Digitalizar documentos institucionales	10%	% documentos digitalizados	0%	5%	$ -
Innovación sostenible	Tranformacion digital y evolucion tecnologica	Política de Gestión Documental	Información y Comunicación	Garantizar la disponibilidad, confidencialidad e integridad de las historias clínicas	Garantizar la correcta gestión documental de historias clínicas	100%	% historias clínicas organizadas correctamente	100%	100%	$ -