



E.S.E.
HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA

— *Salud Integral, Impacto Real* —

INFORME CONSOLIDADO SEGUIMIENTO A POLÍTICAS INSTITUCIONALES - PRIMER SEMESTRE DE 2025

Magíster - Carlos Andrés Puyo
Profesional Especializado Apoyo a Planeación

Política de Prevención del Daño Antijurídico y Defensa Judicial (MIPG)

Actualizada - Resolución 173 junio 16 de 2025

**Responsable: Dr. Miguel Julián
Rodríguez Ortiz**



INDICADORES

Indicador No. 1

(Número de Procesos Jurídicos atendidos semestralmente /
Número de Procesos Jurídicos notificados semestralmente) x 100

Meta del indicador= 100%

Indicador No. 2

(Número de derechos de petición respondidos dentro del término
legal / Número de derechos de petición recibidos) x 100

Meta del indicador= 100% dentro de los términos de ley

Indicador No. 3

(Numero de actas en la vigencia sobre Numero de comités
programados) x 100.

**Meta del indicador= 2 reuniones mensuales según resolución
106 de 21 de abril de 2025**

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Sensibilizar al talento humano la importancia de seguir los protocolos, guías y demás documentos establecidos en los procesos y subprocesos de la entidad.
2. Capacitación a los supervisores de contratos en aras de que tengan claridad al momento de realizar los controles, supervisiones y seguimientos en la ejecución del contrato sindical .
3. Socialización del manual de contratación y funciones del supervisor.

Política de Mejora Normativa

Actualizada - Resolución 173 junio 16 de 2025

**Responsable: Dr. Miguel Julián
Rodríguez Ortiz**



E.S.E

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA

Salud Integral, Impacto Real

INDICADORES

Indicador No. 1 PORCENTAJE DE METAS EJECUTADAS DEL PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA OBJETO A EVALUAR

(Número de metas ejecutadas para la vigencia objeto a evaluar / Número de metas proyectadas en el Plan de Acción vigencia objeto a evaluar) x 100

Indicador No. 2 PORCENTAJE DE ACTUALIZACIÓN DE POLÍTICAS POR NORMATIVIDAD

(Número de políticas actualizadas normativamente / Número de políticas revisadas y que requieren actualización de la normatividad vigente) x 100

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Racionalización de trámites, depuración y simplificación normativa.
2. Inventario piloto con las áreas misionales sobre depuración normativa (eliminar normas obsoletas, racionalizar o suprimir).

Política de Gestión Ambiental

Actualizada - Resolución 173 junio 16 de 2025

**Responsable: Ingeniero Carlos
Joan Useche Bernal**



INDICADORES

Indicador No. 1 Capacitar al 80% del personal en gestión ambiental y manejo de residuos.

(Número de personas capacitadas / Total de empleados) x 100

Indicador No. 2 Realizar seguimiento del consumo de agua en todas las áreas.

Diferencia de litros de agua consumidos mensualmente (Litros de agua consumidos mes anterior – Litros de agua consumidos mes actual)

Indicador No. 3 Realizar seguimiento a los residuos generados en la institución.

(Total de residuos recuperados / Total de residuos ordinarios generados) x 100

Indicador No. 4

Total de residuos peligrosos tratados / Total de residuos peligrosos generados

Indicador No. 5 Realizar seguimiento del consumo de energía.

Diferencia de Kilovatios consumidos mensualmente (Kilovatios de energía consumidos mes anterior – Kilovatios de energía consumidos mes actual).

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Capacitación integral: Programas anuales de formación en gestión ambiental, con talleres prácticos y evaluaciones de conocimiento.
2. Infraestructura adecuada: contenedores codificados por colores, áreas de almacenamiento temporal y señalización clara en todo el hospital.
3. Tecnologías sostenibles: Adopción de dispositivos de bajo consumo (grifos automáticos, iluminación LED) y sistemas de monitoreo energético.
4. Comunicación efectiva: Campañas internas y externas para informar sobre los avances de la política, utilizando boletines, carteleras y redes sociales anual.
5. Material Reciclable Y Direccionamiento

Política Institucional de Gestión de la Tecnología Biomédica

Actualizada - Resolución 100 abril 08 de 2025

**Responsable: Ingeniero Yesid
Esteban Mena Pantoja**



INDICADORES

Indicador No. 1 Mantener en un 90% las acciones de mantenimiento preventivo realizadas dentro del término de tiempo establecido.

(Número de acciones de mantenimiento preventivo realizadas / Número de acciones de mantenimiento preventivo programadas) X 100

Periodicidad: Mensual

Indicador No. 2 Mantener en menos del 4% las acciones de mantenimiento correctivo realizadas dentro del término de tiempo establecido.

Número de mantenimientos correctivos de equipos biomédicos realizados / Total de equipos biomédicos existentes

Periodicidad: Mensual

Indicador No. 3 Actualización de las Hojas de Vida de los Equipos Biomédicos de la Institución.

(Número de hojas de vida de equipos biomédicos actualizadas / Número de Hojas de vida equipos Biomédicos programadas para actualización) x 100

Periodicidad: Mensual

Indicador No. 4 Cumplimiento plan de capacitaciones

(Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas) x 100

Periodicidad: Semestral

Indicador No. 5 Cumplimiento de plan de calibración

(Número de actividades de calibración realizadas / Número de actividades de calibración programadas) x 100

Periodicidad: Anual

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Planeación de procesos de mantenimiento y metrología de la tecnología.
2. Ejecución de procesos de mantenimiento preventivo y correctivo de la tecnología.
3. Planeación y ejecución de chequeos periódicos de equipos según recomendaciones de fábrica.
4. Planeación de actividades de aseguramiento metrológico de la tecnología institucional.
5. Plan de inducción y reinducción al personal que inicia labores en la ESE y el desempeño de sus funciones requiere el uso de herramientas tecnológicas.
6. Plan de capacitación periódica a los funcionarios de la ESE haciendo énfasis en las tecnologías que usan durante el ejercicio de sus funciones.
7. Plan de adquisición tecnológica.
8. Procesos de evaluación de desempeño y renovación tecnológica.
9. Actualización continua de inventario de tecnología propiedad de la ESE
10. Generación y actualización de hojas de vida de acuerdo a las necesidades específicas de la ESE
11. Participación continua al programa de Tecnovigilancia realizando revisión a informes de seguridad y alertas sanitarias relacionadas con equipos biomédicos.

Política de Humanización

Actualizada Resolución 100 abril 08 de 2025

**Responsable: Profesional
Carolina Yasnó Gómez**



INDICADORES

Indicador No. 1 Proporción de satisfacción en la humanización del servicio

(Número de pacientes o familiares que contestaron satisfactoriamente haber recibido un trato humanizado/total de pacientes o familiares encuestados) *100.

Meta: La proporción de satisfacción en la humanización del servicio no debe ser inferior al 80%.

Indicador No. 2 Adherencia de la Política de Humanización

(Número de funcionarios a los que se le socializó la Política de Humanización / Número de funcionarios que aprobaron el pos test) x 100

Meta: El porcentaje de adherencia no debe ser inferior al 90%, total funcionarios 434.

Indicador No. 3 Proporción de la gestión a los reportes de agresiones al personal de salud.

(Número de reportes de agresiones al personal de salud gestionados / Número de reportes de agresiones radicados) x 100

Meta: 100%

Indicador No. 4 Proporción de apoyos Psicológico y emocional a usuarios y familiares.

(Número de pacientes que recibieron apoyo psicológico y emocional / Total de solicitudes generadas) x 100

Meta: 100%

Indicador No. 5 Proporción de apoyos espirituales a usuarios y familiares.

(Número de pacientes que recibieron apoyo espiritual / Total de solicitudes de apoyo espiritual) x 100

Meta: 80%

Indicador No. 6 Proporción de llamadas de seguimiento a pacientes que reciben tratamiento en la unidad de cuidados intensivos.

(Número de llamadas de seguimiento realizadas / Total de pacientes egresados del servicio de UCI) x 100

Meta: 80%

Indicador No. 7 Proporción de la flexibilidad para ingresos en casos especiales.

(Número de solicitudes gestionadas que requieren flexibilidad / Número de solicitudes recibidas) x 100

Meta: 80%

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Línea 1. "Humanizarte"
2. Línea 2. "EDUCANDO CON AMOR"
3. Línea 3. "TU BIENESTAR ES EL MIO"
4. Línea 4. "SIEMPRE CONTIGO"
5. Línea 5 "PUERTAS ABIERTAS"

Política de Calidad
Actualizada - Resolución 173 junio 16 de 2025

**Responsable: Dra. Blanca
Nubia Rodríguez Saenz**



INDICADORES

Indicador No. 1 Proporción de actividades de mejora cumplidas.

(Número de actividades de mejora calificadas como cumplidas / Número total de actividades de mejora identificadas)*100

Indicador No. 2 Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud .

(Numero de acciones de mejoramiento ejecutadas/ Número total de actividades de mejora planeadas)*100

Indicador No. 3 Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación vigencia anterior.

promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia anterior.

Indicador No. 4 Proporción de Cumplimiento de indicadores de acuerdo con los estándares

(Número de indicadores que cumplen la meta / Número total de indicadores aplicables al Hospital Departamental San Antonio de Padua)*100

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Seguimiento a comités institucionales.
2. Evaluación en las auditorías internas con las No conformidades.
3. Evaluación de adherencias de guías Procedimientos asistenciales.
4. Autoevaluación de Habilitación.
5. Autoevaluaciones de Acreditación.
6. Seguimiento y monitoria a indicadores de calidad.
7. Informes rondas de Calidad.
8. Seguimiento a riesgo.
9. Reporte del evento adverso.
10. Herramientas para identificar oportunidades de mejora dentro del sistema de gestión de calidad.
11. Comité de Gestión Clínica con periodicidad mensual.
12. Mantener una comunicación amena, permanente y activa con los usuarios, brindándoles orientación de sus deberes y derechos que contribuya al mejoramiento de la calidad en la prestación de nuestros servicios.

Política de Comunicación (MIPG)

No ha sido actualizada

**Responsable: Esp. Silvia
Daniela Valencia Cardona**



INDICADORES

Indicador No. 1 Porcentaje en el que se socializa el plan de comunicación institucional.

(Número de personas a las que se les socializa el plan de comunicaciones en un periodo / Número de personas programadas para socializar el plan de comunicaciones en un periodo) x 100

Periodicidad: Semestral

Meta: 80% del personal que labora en la institución

Indicador No. 2 Porcentaje en el que se utilizan los canales de comunicación institucional.

(Número de canales de comunicación institucional utilizados / Número de canales de comunicación institucional creados) x 100

Periodicidad: Trimestral

Meta: 80% de canales utilizados

Indicador No. 3 Porcentaje de personas que visitan la página web institucional.

(Número de personas que visitan la página web institucional / Total de visitas estimadas sobre el periodo) x 100

Periodicidad: Trimestral

Meta: 70% de personas alcanzadas

Indicador No. 4 Porcentaje de personas que interactúan con las redes sociales institucionales.

(Número de personas que interactúan con las redes sociales institucionales / Total de seguidores de las redes sociales institucionales) x 100

Periodicidad: Trimestral

Meta: 45% de personas que interactúan con las redes sociales institucionales.

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Mecanismos para identificar la información externa. (recepción de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y encuestas de satisfacción, entre otros medios como buzones de sugerencias.
2. La comunicación de información relacionada con programas, proyectos, obras, contratos y administración de los recursos.
3. Estrategias de comunicación con los clientes internos y externos.
4. Recursos disponibles para los usuarios y/o grupos de interés, por diferentes medios de acceso a la información.

Política de Gobierno Digital (MIPG)

Actualizada - Resolución 173 junio 16 de 2025

**Responsable: Esp. Silvia
Daniela Valencia Cardona**



INDICADORES

Indicador No. 1

(Número de documentos actualizados / Número total de documentos a actualizar) x 100

Indicador No. 2 (Número de equipos tecnológicos adquiridos / Número de equipos tecnológicos proyectados) x 100

Indicador No. 3

(Número de publicaciones realizadas para la vigencia / Número de publicaciones programadas para la vigencia) x 100

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Fortalecer la página web institucional, a través de la política de gobierno digital , en cumplimiento de la normatividad vigente.
2. Fortalecer los medios digitales, con los elementos requeridos y necesarios para la creación de contenido de calidad.
3. Fortalecer la imagen en redes sociales institucionales.

Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción y Lavado de Activos (MIPG)

Actualizada - Resolución 236 agosto 14 de 2025

**Responsable: Esp. Silvia
Daniela Valencia Cardona**



INDICADORES

Indicador No. 1

Número de lineamientos cumplidos / Número de lineamientos establecidos por la Ley 1712 de 2014

Periodicidad: Semestral

Meta: cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Ley 1712 de 2014.

Evidencia: Página web institucional actualizada – Informe de la Procuraduría

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

- 1. Implementar programas de capacitación y sensibilización orientados a promover la ética y la integridad en el servicio público.**
2. Desarrollar acciones de educación ciudadana sobre derechos y deberes, fomentando una cultura de respeto a la ley y a las instituciones.
- 3. Establecer alianzas estratégicas con ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil para fortalecer la transparencia y el control social.**
4. Promover la participación ciudadana en la formulación de planes, proyectos y programas de la entidad.
- 5. Mantener en el sitio web institucional formatos y canales disponibles para la recepción de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones (PQRSD).**
6. Actualizar de manera periódica la información de trámites en el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT).
- 7. Identificar y caracterizar a los diferentes grupos de valor para garantizar la entrega efectiva y oportuna de la información.**

Política de Prestación de Servicios

Actualizada - Resolución 100 abril 08 de 2025

**Responsable: Dr. Cesar
Eduardo González Diaz**



INDICADORES

Indicador No. 1 INDICADOR DE SEGURIDAD

Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias / Total, de personas atendidas en urgencias.

Indicador No. 2 INDICADOR DE SEGURIDAD

Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización / Total, de egresos de hospitalización.

Indicador No. 3 EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN

Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 2 y el momento en el cual es atendido en consulta de urgencias por médico / Número total de pacientes clasificados como Triage 2 en un periodo determinado.

Meta: Fortalecer la meta indicada por la resolución 256 de 2016, la cual no debe ser mayor a 30 minutos.

Indicador No. 4 EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN

(Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS? / Número de usuarios que respondieron la pregunta) x 100.

Meta: Preservar los lineamientos indicados por la resolución 256 de 2016, la cual no debe ser menor al 95%.

Indicador No. 5 EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN

Sumatoria total de los Días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó / Número total de consultas asignadas en la institución.

Meta: Se mantendrá la meta indicada por la resolución 256 de 2016, la cual no debe superar los 15 días.

Indicador No. 6 GESTIÓN CLÍNICA ASISTENCIAL

(Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realiza apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico / Total, de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia) X 100

Meta: Se mantendrá la meta indicada por la resolución 408 de 2018, la cual no debe ser menor al 90%.

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Consolidación mensual de los indicadores de oportunidad en la Institución y su reporte oportuno a los entes de control.
2. Evaluar el cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente y establecer las mejoras necesarias.
3. Efectuar el estudio correspondiente para la actualización de la capacidad instalada de la Institución.
4. Campaña de humanización de la prestación del servicio.

Política de Gestión del Riesgo (MIPG)

No ha sido actualizada

**Responsable: Esp. Marleny
Ramón Ospina**



E.S.E
HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA
— Salud Integral, Impacto Real —

INDICADORES

Indicador No. 1

(Número de Riesgos Materializados en la institución / Número Total de Riesgos de la Institución) x 100

Indicador No. 2 (Número de Planes de Mejora Realizadas Durante la Vigencia / Número de Riesgos Materializados) x 100

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Unificar un modelo integrado de gestión de riesgo para el desarrollo de un pensamiento basado en riesgos.
2. Identificar de manera razonable, los impactos negativos generados a partir de la identificación de riesgos y su priorización.
3. Promover las buenas prácticas, medidas preventivas y controles que puedan impactar en el logro de los objetivos institucionales, suscitando que la gestión del riesgo sea una parte integral de la planeación y ejecución de los procesos.

Política de Control Interno (MIPG)

Actualizada - Resolución 199 julio 14 de 2025

**Responsable: Esp. Marleny
Ramón Ospina**



INDICADORES

Indicador No. 1

(Número de informes realizados / Número de informes de ley a realizar) x 100

Indicador No. 2

(Número de auditorías realizadas / Número de auditorías proyectadas en plan de auditorías) x 100

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

- 1. Mejorar la efectividad y eficiencia de las operaciones. Para el efecto, se entiende por efectividad la capacidad de alcanzar las metas y y/o resultados propuestos; y por eficiencia la capacidad de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo.**
2. Prevenir y mitigar la ocurrencia de fraudes, tanto internos como externos.
- 3. Realizar una gestión adecuada de los riesgos.**
4. Aumentar la confiabilidad y oportunidad en la información generada por la organización.
- 5. Dar un adecuado cumplimiento de la normativa y regulaciones aplicables a la organización.**

Política Participación Ciudadana (MIPG)

Actualizada - Resolución 236 agosto 14 de 2025

**Responsable: Profesional Luisa
Fernanda Castañeda**



INDICADORES

Indicador No. 1

(Número de actividades realizadas del plan de acción integrado MIPG /
Número de actividades programadas del plan de acción integrado
MIPG) x 100

Indicador No. 2

(Número de capacitaciones realizadas en participación ciudadana en
la vigencia / Número de capacitaciones programadas) x 100

Indicador No. 3

(Número de colaboradores a los cuales se les socializó y evaluó la
política / Número de colaboradores de la E.S.E.) x 100

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Ejecución rendición de cuentas
2. Capacitaciones miembros asociación de usuarios
3. Socialización de la política y medición de la adherencia
4. Diligenciamiento del
FURAG

Política Servicio al Ciudadano (MIPG)

Actualizada - Resolución 236 agosto 14 de 2025

**Responsable: Profesional Luisa
Fernanda Castañeda**



INDICADORES

Indicador No. 1 Reactivación asociación de usuarios

(No. Mesas de trabajo realizadas / No. Mesas programas en la vigencia) x 100

Indicador No. 2 Fortalecimiento en la oportunidad en la asignación de citas

(Número de citas cumplidas / Número de citas asignadas) x 100

Indicador No. 3 Implementación de la Política de Participación Social en Salud PPS

(Número de actividades de PPSS realizadas / número total de actividades programadas en la vigencia) x 100

Indicador No. 4 Socialización de los derechos y deberes del Hospital San Antonio de Padua

(Número de colaboradores a quienes se les efectúa la socialización / total de colaboradores de la ESE) x 100

Indicador No. 5 Análisis de la percepción de los usuarios

(Número de PQRS resueltas mensualmente dentro de los términos legales/total de PQRS recibidas por los diferentes canales de atención) x100

Indicador No. 6 Porcentaje de satisfacción global

(Numero de encuestas que cumplen con el criterio de satisfacción / sobre el total de encuestas aplicadas) x 100

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Reactivación asociación de usuarios Conformación de la Nueva Asociación de Usuarios.
2. Fortalecer la oportunidad en la asignación de citas Agendas abiertas
3. Cumplimiento de las actividades establecidas en el cronograma de la PPS
4. Divulgar a los funcionarios del Hospital San Antonio de Padua los derechos y deberes.
5. Analizar y dar respuesta a la percepción de los usuarios teniendo en cuenta las manifestaciones que se recepcionan en cualquiera de los canales de atención y servicio al usuario.
6. Medir el grado de satisfacción de los usuarios, identificando sus necesidades, expectativas y prioridades, en relación con los servicios que la ESE ofrece.

Política de Participación Social en Salud (PPSS)

Actualizada - Resolución 069 marzo de 2025

**Responsable: Profesional Luisa
Fernanda Castañeda**



INDICADORES

Indicador No. 1 Medición de la adherencia de la PPSS

(Número de Colaboradores a quien se Socializo la PPSS / Número de Colaboradores de la E.S.E) x 100

Meta: 8,34% de colaboradores a quienes se les socializo la PPSS mensualmente. La base de colaboradores de la Institución para la vigencia 2025 es de 434.

Indicador No. 2 Proporción de PQRSF Gestionados

(Número de PQRSF Gestionadas / Número de PQRSF recepcionadas) x 100

Meta: Gestionar las respuestas al 100% de las PQRSF recepcionadas dentro del término establecido por la ley y la Superintendencia de Salud. Periodicidad Mensual

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Monitoreo de seguimiento del comportamiento de los indicadores
2. Informe de cumplimiento a las 23 actividades del Plan anexo

Política de Infraestructura Hospitalaria

Actualizada - Resolución 173 junio 16 de 2025

**Responsable: Mag. Oswaldo
Rubio Plazas**



INDICADORES

Indicador No. 1 Actividades a realizar

(Número de actividades preventivas ejecutadas durante el año /
Numero de actividades programadas para el año) x 100

Meta: Cumplir con el 90% de las actividades de mantenimiento preventivas programadas en cada vigencia.

Indicador No. 2 Proporción de intervenciones correctivas oportunas

(N.º de intervenciones correctivas oportunas antes de (12 h) en el periodo a evaluar / N.º total de intervenciones correctivas) x 100

Indicador No. 3 Proporción de cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de Equipos Biomédicos

(Nº de intervenciones preventivas realizadas en el periodo evaluar / Nº de intervenciones programadas en el periodo a evaluar) x 100

Meta: Cumplir con el 90% de las actividades de mantenimiento preventivas programadas en cada vigencia.

Indicador No. 4 Ejecución presupuestal

(Total Recursos Ejecutados en mantenimiento de la infraestructura y dotación / Total Recursos Apropriados en mantenimiento de la infraestructura y dotación

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Identificar proactivamente los fallos potenciales antes de que se produzcan, minimizando el tiempo de inactividad.
2. Realizar un plan de mantenimiento dinámico y flexible acorde al contexto operacional y medir los resultados a través del cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo.
3. Mejorar el control de las actividades ejecutadas mediante un seguimiento continuo desde la generación de formato de novedades hasta el cierre de la misma.
4. Emplear los indicadores para medir y evaluar el cumplimiento de los objetivos y metas de la política de infraestructura.
5. Conservar la infraestructura, equipamiento e instalaciones del hospital, en condiciones de funcionamiento seguro, eficiente y confiable, para no interrumpir los servicios o impactarlos lo menor posible.

Política de Gestión Documental (MIPG)

Actualizada - Resolución 100 abril 08 de 2025

**Responsable: Profesional
Wilfrido Cárdenas López**



INDICADORES

Indicador No. 1 Porcentaje de peticiones gestionadas efectivamente

(Número peticiones gestionadas efectivamente / Número peticiones recibidas) x 100

Indicador No. 2 Porcentaje de cumplimiento programa de gestión documental

(Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas de gestión documental planeadas en el año) x 100

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

- 1. Revisar los procedimientos de Gestión Documental con el fin de realizar acciones de mejora.**
2. Realizar el control y seguimiento de la gestión documental del Hospital, en cumplimiento de los tiempos de respuestas a las solicitudes.
- 3. Actualizar el procedimiento de la gestión documental en la ESE, que incluya lo relacionado con la eliminación de documentos análogos y electrónicos teniendo en cuenta que se debe eliminar la totalidad de la información y su soporte de acuerdo con la normatividad vigente.**
4. Hacer la Selección de documentación de acuerdo con la finalización del periodo de retención indicado en las tablas de retención documental.
- 5. Capacitación en gestión documental del personal institucional.**
6. Diseñar, actualizar y aplicar las Tablas de Retención Documental y de Valoración Documental (TRD / TVD).

Política de Seguridad Digital (MIPG)

Actualizada - Resolución 173 junio 16 de 2025

Responsable: Ing. Edwin Fabian
Castro Quintero



INDICADORES

Indicador No. 1 Porcentaje de actualizaciones de seguridad completadas según el plan de mantenimiento

(Número de actualizaciones de seguridad aplicados en el periodo a evaluar / Número de actualizaciones de seguridad programados a aplicar en el periodo a evaluar) x 100

Indicador No. 2 Porcentaje de requerimientos gestionados

(Número de Requerimientos gestionados en el periodo a evaluar / Número de Requerimientos solicitados por el personal Asistencial y Administrativo) x 100

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Realizar actualizaciones periódicas de software de seguridad.
2. Monitorear continuamente los procesos asistenciales y administrativos.

Política de Integridad (MIPG)

Actualizada - Resolución 236 agosto 14 de 2025

Responsable: Esp. Rafael Luna
Joyas



E.S.E

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA

— Salud Integral, Impacto Real —

INDICADORES

Indicador No. 1 Jornada de capacitación sobre código de integridad y cultura del servicio

Porcentaje de participación en la jornada de capacitación

(Número de colaboradores que asistieron a la jornada/Número total de colaboradores convocados)×100

Indicador No. 2 Operativizar el Comité de Ética e Integridad con jornadas trimestrales

Porcentaje de cumplimiento de reuniones programadas del comité

(Número de reuniones realizadas/Número de reuniones programadas)×100

Indicador No. 3 Formular o actualizar la estrategia anual de integridad pública y su cronograma

Estrategia de integridad pública formulada o actualizada

Indicador de cumplimiento: Sí (1) / No (0)

Fuente de verificación: Documento de la estrategia, cronograma de actividades, acto administrativo o resolución de adopción.

Indicador No. 4 Evaluar y hacer seguimiento a la estrategia anual de integridad

Porcentaje de actividades ejecutadas de la estrategia anual

(Número de actividades ejecutadas/Número total de actividades programadas)×100

Indicador No. 5 Sensibilización sobre conflictos de intereses y código de integridad

Número de jornadas de sensibilización realizadas

(Número jornadas ejecutadas/Número total jornadas programadas)×100

Indicador No. 6 Documentar y socializar buenas prácticas y lecciones aprendidas

Número de buenas prácticas y lecciones aprendidas documentadas y divulgadas

Conteo simple: Formato de buenas practicas en materia de integridad documentado

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

- 1. Efectuar una jornada de capacitación sobre código de integridad y cultura del servicio evaluando su apropiación.**
2. Operativizar el comité de Ética e Integridad con jornadas trimestrales.
- 3. Formular o actualizar la estrategia anual de integridad pública y cronograma de trabajo.**
4. Evaluar y hacer seguimiento a la implementación de la estrategia anual de integridad pública definida o actualizada (Generar Informe con indicadores).
- 5. Efectuar jornada de sensibilización para divulgar información sobre conflictos de intereses y código de integridad a usuarios y colaboradores.**
6. Documentar y socializar las buenas prácticas y lecciones aprendidas sobre integridad pública

Política de Talento Humano (MIPG)

Actualizada - Resolución 236 agosto 14 de 2025

**Responsable: Esp. Rafael Luna
Joyas**



INDICADORES

Indicador No. 1 Porcentaje de avance en la actualización del manual de funciones y reglamento interno.

(Número de documentos actualizados / Total de documentos a actualizar) × 100

Meta: 100% al cierre del año.

Indicador No. 2 Variación porcentual anual de la calificación del componente de Talento Humano en MIPG.

(Calificación año actual – Calificación año anterior) / Calificación año anterior × 100

Meta: Incremento mínimo del 5% anual.

Indicador No. 3 Porcentaje de acciones ejecutadas del Plan Anual Estratégico de Talento Humano.

(Número de acciones ejecutadas / Total de acciones programadas) × 100

Meta: ≥ 90% de ejecución anual.

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Planificación del Talento Humano
2. Atracción y Vinculación de Personal
3. Desarrollo y Capacitación Continua
4. Bienestar Laboral y Clima Organizacional
5. Evaluación del Desempeño y Reconocimiento
6. Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)
7. Fortalecimiento de la Comunicación Interna
8. Cumplimiento Normativo y Ético

Política de Seguridad Vial

No ha sido actualizada

Responsable: Esp. Angélica
Losada Chicue



E.S.E

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA

— Salud Integral, Impacto Real —

INDICADORES

Indicador No. 1 Porcentaje de cumplimiento de los compromisos planteados para la implementación de la política de seguridad vial

(Número de compromisos realizados / Número de compromisos adquiridos para la implementación de la política de seguridad vial) x 100

Indicador No. 2
Porcentaje de sensibilización y capacitaciones en seguridad vial en la institución

(Número de capacitaciones y sensibilizaciones realizadas por vigencia / Número de capacitaciones programadas para la vigencia) x 100

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. **Verificar que los vehículos que prestan servicios para la Institución cumplan con requisitos legales establecidos para su movilidad.**
2. Realizar actividades de manejo defensivo en seguridad vial para el personal que opera las ambulancias.
3. **Velar porque nadie y por ningún motivo, opere una ambulancia al estar o haya estado bajo la influencia del alcohol o drogas.**
4. Garantizar desde el proceso de selección del Talento Humano el perfil idóneo para los conductores de ambulancia que cumplen con los criterios de habilitación de la Institución.
5. **Realizar capacitaciones, charlas de 5 minutos, dirigidas a todo el personal de la Institución, sobre las normas y estrategias que permitan minimizar accidentes de tránsito.**
6. Implementar estrategias que permitan crear cultura del uso del cinturón y no uso de equipos del celular mientras se conduce.
7. **Difundir la Política a todos los niveles de la Institución.**

Política de Prevención del Consumo de Alcohol y Sustancias Psicoactivas

No ha sido actualizada

**Responsable: Esp. Angélica
Losada Chicue**



E.S.E

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA

— Salud Integral, Impacto Real —

INDICADORES

Realizar pruebas aleatorias al 100% de los servicios de la Institución, periodicidad semestral.

Indicador No. 1

No. de pruebas aplicadas / No. de pruebas negativas

Indicador No. 2 No. de pruebas aplicadas / No. de pruebas positivas en primer grado

Indicador No. 3 No. de pruebas aplicadas / No. de pruebas positivas en segundo grado

Indicador No. 4 No. de pruebas aplicadas / No. de pruebas positivas en tercer grado

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Evidencias de la socialización de la Política de Prevención de Consumo de Alcohol y Sustancias Psicoactivas a todos los niveles de la Institución.
2. Aplicación de pruebas de alcoholemia a los trabajadores independientemente el tipo de contratación en los diferentes servicios de la Institución.

Política de Seguridad y Salud en el Trabajo

Actualizada - Resolución 236 agosto 14 de 2025

**Responsable: Esp. Angélica
Losada Chicue**



INDICADORES

Indicador No. 1

(No. de requisitos establecidos en el decreto 1072 que se implementaron / No. de requisitos requeridos establecidos en el decreto 1072) x100

Meta: 100%

Indicador No. 2

(No. de capacitaciones realizadas en SST / No. de capacitaciones programadas para la vigencia en SST) x 100

Meta: 80%

Indicador No. 3

(No. de actividades del plan de trabajo de SST realizadas en SST / No. actividades del plan de trabajo programadas para la vigencia en SST) x 100

Meta: 80%

Indicador No. 4

(No. de actividades de la estrategia realizadas en SST / No. de actividades de la estrategia programadas para la vigencia) x 100

Meta: 80%

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. PRIMERA LÍNEA: PARÁ ... POR MI
2. SEGUNDA LÍNEA: PIENSA POR MIS COMPAÑEROS...
3. TERCERA LÍNEA: ACTUA ... POR TU FAMILIA

Política Institucional de Farmacia y Uso Racional de Antibióticos

Actualizada Resolución 199 julio 14 de 2025

**Responsable: Químico Félix
Arturo Méndez Colorado**





INDICADORES

Indicador No. 1
No. de DDD= Medicamento total
consumido durante un año (mg) / DDD
del medicamento (mg)

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. un protocolo del uso racional de antibióticos.
2. Formato para de verificación del correcto uso de los antibióticos.
3. Capacitaciones al personal médico, enfermería y usuarios.

Política Uso Seguro de Dispositivos Médicos

Actualizada Resolución 199 julio 14 de 2025

**Responsable: Químico Félix
Arturo Méndez Colorado**



E.S.E

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA

Salud Integral, Impacto Real

INDICADORES

Indicador No. 1
(Total de incidentes y eventos adversos de tecnovigilancia / Total de incidentes o eventos adversos presentados) x 100

Indicador No. 2 Cobertura capacitación de tecnovigilancia
(# de personal capacitado en los servicios de la Institución según cronograma / # Total de personal asistencial de servicio según cronograma) x 100

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Mediante las rondas de seguridad indagar a los usuarios si han presentado afectaciones por los Dispositivos Médicos.
2. Según los reportes recibidos por los servicios y notificados al ente territorial Invima, realizar una verificación de cuáles son los dispositivos médicos que más generan reacciones y socializarlos por medio de los grupos a todo el personal asistencial de la institución.
3. Cuantificar cuantos eventos se presentaron en un mes con un dispositivo médico.

Política de Seguridad del Paciente

Actualizada - Resolución 003 enero 07 de 2025

**Responsable: Dra. Liliana
Palacio Zapata**



INDICADORES

Res. 256 de 2014

Indicador No. 1 Proporción de eventos adversos relacionados con administración de medicamento en hospitalización

Indicador No. 2 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencia

Indicador No. 3 Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización

Indicador No. 4 Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias

Indicador No. 5 Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa

Indicador No. 6 Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

Indicador No. 7 Tasa de ulcera por presión

Indicador No. 8 Gestión de eventos adversos

INSTRUCCIONALES:

Indicador No. 9 Porcentaje de adherencia a la guía de aislamiento del paciente

Indicador No. 10 Porcentaje de adherencia al protocolo de identificación al usuario

Indicador No. 11 Porcentaje de adherencia al protocolo para la gestión segura de la sangre y sus componentes

Indicador No. 12 Porcentaje de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos

Indicador No. 13 Porcentaje de adherencia a la técnica de lavado de manos

Indicador No. 14 Porcentaje de la adherencia al protocolo de atención prioritaria a la gestante

Indicador No. 15 Porcentaje de adherencia del proceso de dispensación

Indicador No. 16 Porcentaje de adherencia al protocolo de prevención de úlceras por presión

Indicador No. 17 Porcentaje de adherencia al protocolo de minimización del riesgo de caídas

Indicador No. 18 Indicadores de adherencia a buenas prácticas de seguridad del paciente: Suma del porcentaje de adherencia al protocolo del personal evaluado / Número total del personal evaluado.

Meta: 85%

Evidencia: Informe de resultados de evaluaciones de adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente.

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Incorporar el concepto de Mejora Continua al Programa de Seguridad del paciente, como enfoque para la mejora de procesos, basado en la revisión
 2. Aumentar la cultura del reporte: Realización de Jornadas de Educación formal y no formal en Seguridad del Paciente a todos los involucrados, que permitan empoderar a las personas mediante diferentes estrategias.
3. Evaluaciones Revisión de las competencias que permitan establecer la idoneidad del personal para el puesto de trabajo asignado, desarrollando procesos de atención seguros.
 4. Rondas de Seguridad Implementación de Rondas de seguridad diarias, mensuales, bimestrales y semestral que permitan identificar a priori las necesidades de las áreas y unidades funcionales, para garantizar servicios seguros.
5. Articulación intra y extrainstitucional Establecimiento de los involucrados externos e internos en la ejecución de la Política de Seguridad del Paciente
Conmemoración institucional del Día Mundial de la Seguridad del Paciente todos los años, (septiembre).

Política Gestión del Conocimiento y la Innovación (MIPG)

No ha sido actualizada

**Responsable: Esp. Lorena
Aroka Tamayo**



E.S.E

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA

— Salud Integral, Impacto Real —

INDICADORES

Indicador No. 1 **Proyectar Plan de Trabajo – cronograma para fortalecimiento e implementación de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación**

Plan de Trabajo proyectado y aprobado

(N.º de planes de trabajo proyectados y aprobados / N.º de planes de trabajo programados) x 100

Indicador No. 2 : Establecer procedimientos de entrega de cargo o de terminación de contrato

Procedimiento de entrega de cargo documentado y adoptado

(N.º de procedimientos adoptados / N.º de procedimientos proyectados) x 100

Indicador No. 3 **Actualizar el Inventario de conocimiento explícito de la entidad**

vance en la actualización del inventario de conocimiento explícito

(N.º de documentos/procesos actualizados / N.º total de documentos/procesos identificados) x 100

Indicador No. 4 **Identificar, documentar y socializar las buenas prácticas (experiencias significativas) y lecciones aprendidas de las diferentes áreas y/o políticas de la entidad**

N.º de buenas prácticas documentadas

Conteo simple de experiencias documentadas

Indicador No. 5 **Proyectar el procedimiento para socializar o transferir el conocimiento**

Procedimiento de socialización/transferencia proyectado y aprobado

(N.º de procedimientos proyectados y aprobados / N.º de procedimientos requeridos) x 100

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Proyectar Plan de Trabajo- cronograma para fortalecimiento e implementación de La Política de Gestión del Conocimiento y la innovación.
2. Establecer procedimientos de entrega de cargo o de terminación de contrato.
3. Actualizar el Inventario conocimiento explícito de la entidad.
4. Identificar, Documentar y socializar las buenas prácticas experiencias significativas) y lecciones aprendidas de las diferentes áreas y/o políticas de la entidad .
5. Proyectar el procedimiento para socializar o transferir el conocimiento.
6. Gestionar publicación en la pagina web de los avances de implementación de la Política.

Política de Racionalización de Trámites (MIPG)

Actualizada - Resolución 236 agosto 14 de 2025

Responsable: Esp. Lorena Aroka Tamayo



INDICADORES

Indicador No. 1

$(\text{Trámites actualizados en SUIT} / \text{Total de trámites registrados}) \times 100$

Indicador No. 2

$(\text{OPAS documentados} / \text{Total de OPAS definidos}) \times 100$

Indicador No. 3

$(\text{Trámites con acto administrativo} / \text{Total de trámites en SUIT}) \times 100$

Indicador No. 4

$(\text{Número de estrategias registradas} / 1) \times 100$

Indicador No. 5

$(\text{Número de políticas actualizadas} / 1) \times 100$

Indicador No. 6

Número de campañas ejecutadas en el período

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Actualizar los tramites Institucionales registrados en la plataforma SIUT.
2. Documentar los OPAS (Otros procedimientos Administrativos) definidos para la institución.
3. Adoptar mediante Acto Administrativo de los Tramites Institucionales - SUIT .
4. Registrar una estrategia de racionalización en el SUIT.
5. Actualizar la política de Racionalización de Tramites de la entidad.
6. Realizar campañas de Difusión/ Socialización relacionadas con los Tramites SUIT y OPAS institucionales

Política de Planeación Institucional (MIPG)

Actualizada - Resolución 199 julio 14 de 2025

Responsables:

Ing. Nelson Felipe Tierradentro Q.



E.S.E

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA

— Salud Integral, Impacto Real —

INDICADORES

EJECUCIÓN DE PLANES (de Acción / Gestión):

(Número de metas ejecutadas para la vigencia /Número de metas proyectadas en la vigencia) x 100

PERIODICIDAD

Mensual, trimestral y semestral según aplique.

METAS:

PLAN DE ACCION MIPG: Alcanzar una ejecución del Plan de Acción MIPG igual o superior al 85%

PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL: Lograr un cumplimiento del 95% de las Metas propuestas en el Plan de Acción Institucional.

PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL: Cumplir en un 80% la ejecución del Plan de Gestión Gerencial.

PLANES INSTITUCIONALES: Cumplir con el 100% de las actividades programadas en los cronogramas.

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Dar cumplimiento a la norma, decreto 1499 de 2017 a través de la ejecución del Plan de Acción MIPG.

2. Consolidar, ejecutar y hacer seguimiento estricto al cumplimiento del Plan de Desarrollo y Plan Operativo Anual por Componentes dispuesto para la vigencia 2024 – 2028, el seguimiento se realizará de manera trimestral.

3. Seguimiento al cumplimiento de los indicadores de gestión establecidos en la Resolución 408 de 2018.

4. Acompañamiento al líder MIPG en el diligenciamiento del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión FURAG.

5. Coordinar el reporte del índice de transparencia y acceso a la información ITA.

6. Seguimiento al cargue efectivo y en las fechas determinadas de la circular única de la Supersalud.

7. Verificación de la presentación de los informes de El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, cada trimestre ante la Junta Directiva.

8. Seguimiento a los indicadores de la Políticas Institucionales, se realizará de manera semestral.

9. Seguimiento al cumplimiento de las actividades e indicadores de los Planes Institucionales.

10. Asesoría y acompañamiento para la actualización de las Políticas Institucionales, teniendo en cuenta la Plataforma Estratégica vigente y el instructivo de elaboración de documentos.

11. Realizar acciones para dar a conocer la Plataforma Estratégica al personal de la Institución.

12. Preparación y logística para la rendición de cuentas anual por parte de Gerencia, dando cumplimiento a la Ley 1757 de 2015, la cual establece disposiciones para promover y proteger el derecho a la participación democrática.

Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional (MIPG)

Actualizada - Resolución 236 agosto 14 de 2025

Responsable:

Ing. Nelson Felipe Tierradentro Q.



INDICADORES

Indicador No. 1

(Número de actividades ejecutadas del plan de acción integrado MIPG / Número de actividades programadas en el plan de acción integrado MIPG) x 100

Indicador No. 2

(Número de comités de GyD realizados en la vigencia / Número de comités de GyD programados para la vigencia) x 100

Indicador No. 3

Número de políticas que obtuvieron un puntaje por encima del promedio nacional / Número de políticas institucionales

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Desarrollar los autodiagnósticos, por parte de los líderes de la política de MIPG.
2. Utilizar la información proveniente de los ejercicios de rendición de cuentas y PPSS.
3. Establecer los informes entre los procesos de gestión, la ejecución presupuestal y los resultados logrados.
4. Diligenciamiento del FURAG para cada vigencia.

Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos (MIPG)

Actualizada - Resolución 236 agosto 14 de 2025

Responsable:

Ing. Nelson Felipe Tierradentro Q.



INDICADORES

Indicador No. 1

(Número de documentos actualizados en la vigencia / Total listado maestro de documentos) x 100

Indicador No. 2

(Num activi cumpli del plan de accion integ MIPG de la Politi Fortale Orga y Simpli Proces / Total de activi progra para la politica de Fortaleci Organiza y Simpli Procesos) x 100

Indicador No. 3

(Número de informes consolidados en la vigencia / Número de informes de riesgos priorizados para la vigencia objeto de evaluación) x 100

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

Para ello es necesario formalizar como mínimo:

1. **Estructura orgánica: hacer los ajustes necesarios cuando hay lugar a ello, en relación con los preceptos técnicos que rigen la entidad.**
2. Cadena de valor: MIPG promueve determinar claramente la(s) cadena(s) de entrega (actuales mapas de procesos) más adecuada(s) para generar los resultados previstos en el Direccionamiento Estratégico y Planeación.
3. **Estructura funcional o administrativa: dependiendo de los ajustes y cambios adelantados en las etapas anteriores, se debe revisar la pertinencia de realizar posibles cambios en la estructura de la entidad.**
4. Planta de personal: Este es el recurso fundamental para garantizar el funcionamiento de la organización y la entrega de productos con oportunidad y calidad.

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

Aspectos mínimos que la entidad debe tener en cuenta para trabajar por procesos son los siguientes:

5. Identificar los procesos necesarios para la prestación del servicio y la adecuada gestión, a partir de las necesidades y expectativas de los grupos de valor.
6. Definir el objetivo de cada uno de los procesos.
7. Definir los responsables del proceso y sus obligaciones.
8. Identificar los riesgos de cada uno de los procesos.
9. Definir los controles de medición y seguimiento correspondientes.
10. Documentar y formalizar los procesos para identificar el aporte que cada uno hace a la prestación del servicio.

Política Institución Amiga de la Mujer y de la Infancia Integral (IAMII)

Actualizada - Resolución 092 abril 05 de 2024

**Responsable: Enfermera
Alejandra Valencia**



INDICADORES

Indicador No. 1 Total de nacimientos

Sumatoria del numero de nacidos en la institución en un periodo determinado.

Indicador No. 2 Porcentaje de madres y niños usuarios de la Institución con verifi

(Usuarios de la Institución con verificación del Alojamiento conjunto / Total de partos atendidos) x 100

Indicador No. 3 Porcentaje de niños vacunados con BCG:

(Total de niños vacunados con BCG / Total de partos atendidos) x 100

Indicador No. 4 Porcentaje de niños vacunados con HB:

(Total de niños vacunados con HB / Total de partos atendidos) x 100

Indicador No. 5 Porcentaje de niños que iniciaron lactancia materna en la primera hora después del nacimiento:

(Total de niños iniciaron LM en la primera hora después del nacimiento / Total de partos atendidos) x 100

Indicador No. 6 Porcentaje de niños que recibieron contacto piel a piel:

(Total de que recibieron contacto piel a piel / Totalde partos atendidos) x 100

Indicador No. 7 Porcentaje de mujeres a quienes se les realizo episiotomía:

(Total mujeres a quienes se les realizo episiotomía / Total de partos atendidos) x 100

Indicador No. 8 Porcentaje de mujeres quienes presentaron desgarro

(Total de mujeres quienes presentaron desgarro / Total de partos atendidos) x 100

Indicador No. 9 Porcentaje de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gr

Totalde recién nacidos con peso inferior a 2.500 gr / Total de partos atendidos) x 100

Indicador No. 10 Porcentaje de recién nacidos con peso inferior a 1.500 gr

(Total de recién nacidos con peso inferior a 1.500 gr / Total de partos atendidos) x 100

Indicador No. 11 Porcentaje de recién nacidos hijo de madres VIH positivo

(Total de recién nacidos hijo de madres VIH positivo / Total de partos atendidosTotal de partos atend x 100

Indicador No. 12 Porcentaje de casos de sífilis congénita

(Total de recién nacidos con Dx de sífilis congénita / Total de partos atendidos) x 100

Indicador No. 13 Porcentaje partos atendidos sin control prenatal

(Total partos atendidos sin control prenatal / Total de partos atendidos) x100

Indicador No. 14 Porcentaje gestantes adolescentes menores de 14 años atendidas

(Total gestantes adolescentes menores de 14 años atendidas / Total de gestantes que asisten a control) x 100

INDICADORES

Indicador No. 15 Porcentaje recién nacidos con lactancia materna exclusiva al egreso

(Total recién nacidos con lactancia materna exclusiva al egreso / Total de partos atendidos) x 100

Indicador No. 16 Porcentaje de niños que durante la Hospitalización de Puerperio se les brindo alimentos diferente a Lactancia materna (Agua, Dextrosa, Formula)

(Total de niños que durante la Hospitalización de Puerperio se les brindo alimentos diferente a Lactancia materna (Agua, Dextrosa, Formula) / Total de partos atendidos) x 100

Indicador No. 17 Porcentaje recién nacidos registro civil tramitado antes del egreso

(Total recién nacidos registro civil tramitado antes del egreso / Total de partos atendidos) x 100

Indicador No. 18 Porcentaje recién nacidos a los que se les realizo hemoclasificación al nacer

(Total recién nacidos a los que se les realizó hemoclasificación al nacer / Total de partos atendidos) x 100

Indicador No. 19 Porcentaje recién nacidos a los que se les realizo TSH al nacer

(Total recién nacidos a los que se les realizo TSH al nacer / Total de partos atendidos) x 100

Indicador No. 20 Porcentaje de madres y niños usuarios de la Institución con verificación del Alojamiento conjunto

(Usuarios de la Institución con verificación del Alojamiento conjunto / Total de partos atendidos) x 100

Indicador No. 21 Porcentaje de madres usuarias de la Institución con Consejería para amamantar y revisión de la posición correcta de la madre y del niño

(Total de madres usuarias de la Institución con Consejería para amamantar y revisión de la posición correcta de la madre y del niño / Total de partos atendidos) x 100

Indicador No. 22 Porcentaje de Binomio Madre e Hijo que presento dificultad en la LM

(Total de Binomio Madre e Hijo que presento dificultad en la LM / Total de partos atendidos) x 100



ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Socializar con todos los colaboradores de la institución la política IAMII y garantizar su práctica en cada una de las áreas.
2. Educar y practicar la política IAMII a través de un lenguaje claro y sencillo dirigido a gestantes, madres y familiares fortaleciendo el vínculo afectivo binomio madre e hijo con enfoque humanizado y seguro.
3. Conformar un Comité o equipo Institucional mediante acto administrativo, con el objeto de que éste se responsabilice de la coordinación, gestión, monitoreo y seguimiento de las normas establecidas para el cumplimiento de la Estrategia.

Política Financiera, Gestión Presupuestal y Eficiencia en el Gasto Público

No ha sido actualizada

**Responsable: Esp. Gilbert
Gerardo Otero Ochoa**



INDICADORES

Indicador No. 1

Radicación Facturación del Periodo

Indicador No. 2

Facturación de Egresos

Indicador No. 3

Incremento Monto de Facturación

Indicador No. 4

Monto de la Glosa Final

Indicador No. 5

Rotación de Cartera

Indicador No. 6

Margen EBITDA

Indicador No. 7

Rentabilidad del Patrimonio

Indicador No. 8

Rentabilidad del Activo

Indicador No. 9

Razón de liquidez

Indicador No. 10

Prueba ácida

Indicador No. 11

Razón de endeudamiento

Indicador No. 12

Rotación de inventarios

Indicador No. 13

Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo

ESTRATEGIAS O COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA POLITICA

1. Hacer seguimiento de manera continua a la ejecución presupuestal de la ESE y comunicarla a las diferentes dependencias (Contratación, subgerencia técnico científica y Gerencia).

2. Adelantar acciones que permitan optimizar las compras y disminución del gasto.

3. Cumplir y hacer seguimiento al Plan Anual de Adquisiciones (PAA).

4. Mantener un endeudamiento financiero adecuado para la ESE, a un nivel que no amenace la estabilidad de la institución en el largo plazo.

5. Dar cumplimiento a los acuerdos financieros que se establezcan tanto con entidades del sector financiero como con proveedores, médicos, empleados y demás acreedores.

6. Garantizar que el proceso de facturación, glosas, conciliaciones y recaudo de nuestras cuentas este acorde con la normatividad vigente que ofrece el sector, lo cual permitirá agilizar el recaudo.

7. Garantizar el flujo de caja requerido por la operación, para dar cabal cumplimiento de los compromisos de pago adquiridos con nuestros proveedores.

8. Realizar los desembolsos a acreedores del hospital a través de pagos electrónicos de manera que se disminuya el uso y transporte de cheques, con lo cual se pretende hacer más eficiente este proceso.

9. Justificar toda inversión, de tal forma que su retorno cubra el capital invertido o que corresponda al reemplazo de equipos existentes.

10. Realizar cierres de caja diarios.

INFORMES REPORTADOS POR LOS RESPONSABLES DE LAS POLÍTICAS



POLÍTICA DE MEJORA NORMATIVA



PROPÓSITO

- proveer a la entidad de una herramienta que le permita mejorar la calidad y pertinencia en la expedición de la normatividad. Esto se logra mediante la implementación de la racionalización del inventario normativo y la participación ciudadana como factor orientador en la decisión

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Adelantar un inventario piloto con las áreas misionales sobre depuración normativa: Esto implica identificar y trabajar en la eliminación de normas obsoletas, así como en la racionalización o supresión de aquellas que ya no son necesarias o pertinentes.

Evaluar a mediano y largo plazo la percepción de los grupos de valor respecto a la mejora normativa implementada.

Hacer seguimiento al cumplimiento de los estándares y herramientas definidos por la política para la mejora de la producción normativa.



ESTRATEGIAS

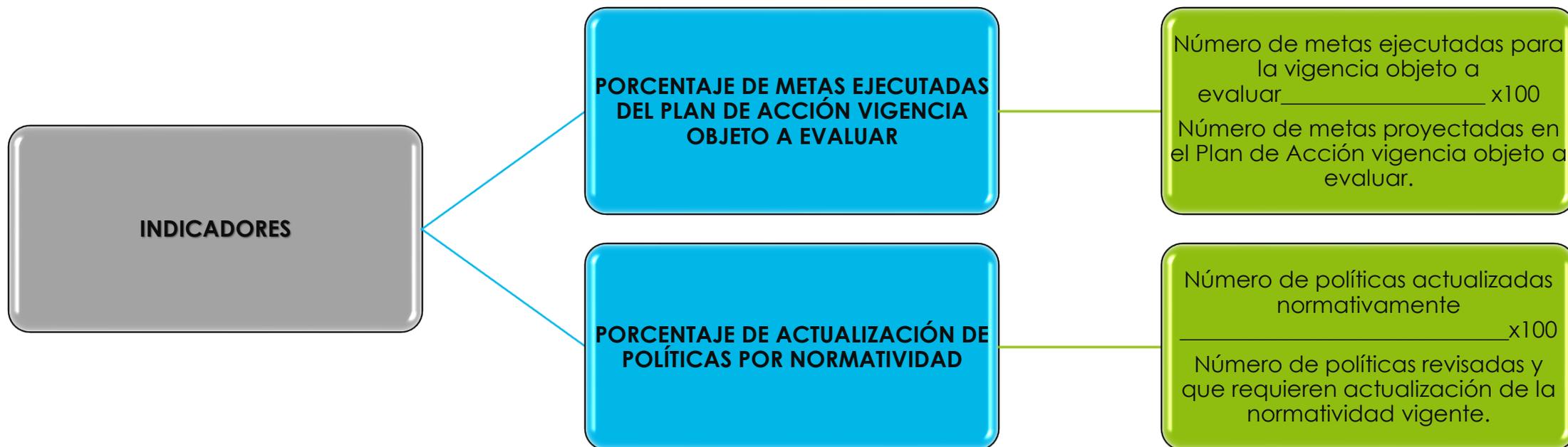
Realización de un análisis previo a la emisión de la norma.

Adelantar un inventario con las áreas misionales sobre depuración normativa, lo que implica eliminar normas obsoletas, racionalizar o suprimir las que ya no son pertinentes.

Hacer seguimiento al cumplimiento de los estándares y herramientas definidos por la política para la mejora de la producción normativa.

Evaluar a mediano y largo plazo la percepción de los grupos de valor respecto a la mejora normativa implementada.

INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA



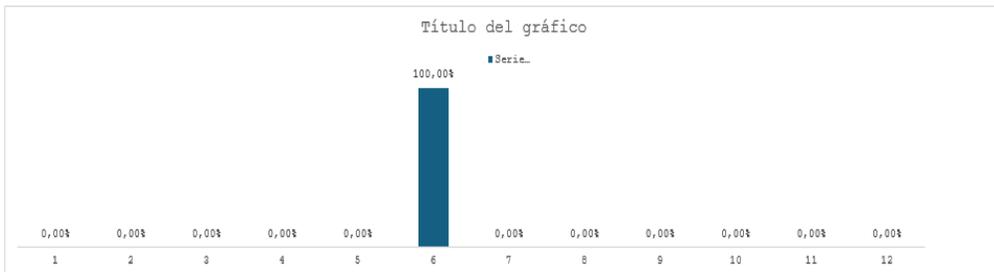
INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA

- **1. Indicador inicial:** Medición del cumplimiento de MIPG para evaluación en FURAG.
- **2. Hallazgo :** La política normativa no fue evaluada en el cuestionario FURAG, en su lugar se evaluó la Política de Defensa Judicial, generando así que los indicadores de la política de mejora normativa requieran un ajuste y modificación
- **3. Ajuste del indicador:** Enfoque en la actualización del normograma institucional.
- **4. Objetivo:** Actualizar las 1085 normas recopiladas, eliminando o agregando normativa vigente según sea necesario.
- **5. Colaboración:** Apoyo de distintas áreas mencionadas en el normograma para su actualización.
- **Resumen:** El indicador se ajustara para enfocarse en la actualización del normograma institucional, garantizando su relevancia y vigencia en la Política de Defensa Judicial.

INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA

- Actualmente, la institución cuenta con un normograma elaborado en 2021, que recopila 1085 normas dirigidas a los diferentes procesos que se llevan a cabo en el Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata, Huila. Con el fin de garantizar la vigencia y funcionalidad de la normativa, se iniciará una actualización progresiva del normograma existente, asegurando que las normas se ajusten a las necesidades actuales de la institución

INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA

# VALOR	FICHA TECNICA DE INDICADORES		Fecha: 05/11/2024									
			Código: MDE-GCMC-SIC-F-002									
			Versión: 03									
PROCESO:	Seguimiento política de mejora normativa											
NOMBRE DEL INDICADOR:	PORCENTAJE DE ACTUALIZACIÓN DE POLÍTICAS POR NORMATIVIDAD											
PROPOSITO:	Realizar el seguimiento de la política de mejora normativa en su indicador correspondiente a numero de políticas que											
DEFINICION:	Seguimiento											
MARCO NORMATIVO:												
FORMULA DE MEDICION:	Número de políticas actualizadas normativamente _____ x100 Número de políticas revisadas y que requieren actualización de la normatividad vigente.											
META:	Actualizar en un 100% las políticas correspondientes al área jurídica											
PERIODICIDAD:												
SERVICIO:	Actualizar la política de defensa judicial y mejora normativa											
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Area Jurídica											
RESULTADOS DE LA MEDICION 2025												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC
NUMERADOR						2						
DENOMINADOR						2						
RESULTADOS	#,DIV/0!	#,DIV/0!	#,DIV/0!	#,DIV/0!	#,DIV/0!	100,00%	#,DIV/0!	#,DIV/0!	#,DIV/0!	#,DIV/0!	#,DIV/0!	#,DIV/0!
GRAFICA DE RESULTADOS												
 <p>Titulo del gráfico</p> <p>100,00%</p> <p>0,00%</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12</p>												

Número de Procesos Jurídicos atendidos
semestralmente

X100

sobre Número de Procesos Jurídicos notificados
semestralmente

La política de mejora normativa para la vigencia 2025 cuenta con su segundo indicador, el cual hace relación a la actualización de políticas que se encuentren a cargo del área jurídica. En este sentido, se ha logrado un cumplimiento del 100% al actualizar la normativa y ajustarla a las nuevas necesidades de la ESE Hospital Departamental San Antonio De Padua. Actualmente, las dos políticas a cargo del área jurídica se encuentran actualizadas en su normativa, lo que refleja un logro significativo en la implementación de esta política

**POLÍTICA PARA
PREVENCIÓN DEL DAÑO
ANTI JURÍDICO Y DEFENSA
JUDICIAL**





PROPOSITO DE LA POLITICA

Actuar como un instrumento administrativo para el **estudio, análisis y formulación de políticas** sobre la prevención del daño antijurídico y la **defensa de los intereses de la entidad**

Defender los intereses de la Empresa Social del Estado, atendiendo situaciones litigiosas y asegurando una acción judicial oportuna, técnica, integral e idónea

Minimizar el daño antijurídico causado

Prevenir el detrimento patrimonial

Disminuir el impacto económico derivado de condenas y conciliaciones

Identificar las causas más frecuentes de demandas

Reducir la generación de hechos que puedan derivar en responsabilidad patrimonial del Estado

Minimizar la interposición de demandas en contra de la entidad.

Mejorar la eficiencia de la defensa judicial institucional

Promover el cumplimiento normativo y el actuar diligente de todos los servidores públicos

la implementación de esta política permite a la entidad **anticiparse a situaciones generadoras de responsabilidad estatal**, optimizando su capacidad para enfrentar los desafíos derivados de su función administrativa, jurídica y operativa, y **protegiendo el presupuesto** de la entidad

LINEA DE INTERVENCION

- Reducción significativa de las demandas
- Disminución de los pagos
- Fortalecimiento de la cultura de legalidad y responsabilidad institucional

ALCANCE GENERAL

- **Interna:** Busca la eficacia y eficiencia en el desarrollo de las actividades misionales de carácter preventivo.
- **Externa:** Se orienta a garantizar el cumplimiento de la legislación vigente para prevenir daños o asegurar su reparación

DOBLE PERSPECTIVA DE INTERVENCIÓN

- Defensa de Intereses.
- Estudios y Análisis.
- Planificación Estratégica.
- Prevención de Daño y Detrimento.
- Eficiencia Operativa.
- Optimización de Recursos.
- Gestión de la Demanda de Servicios Jurídicos.
- Protección Presupuestal.
- Mitigación de Riesgos.
- Reducción de Demandas.
- Identificación de Causas.
- Establecimiento de Mecanismos Preventivos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (QUE DEFINEN ÁREAS DE INTERVENCIÓN)



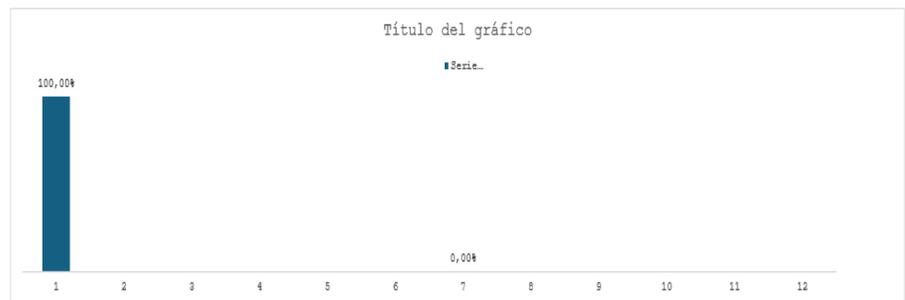
	Realización de diagnósticos y estudios que fortalezcan la gestión jurídica.
	Capacitación a funcionarios y organizaciones sociales.
	Definición de estrategias a mediano y largo plazo
	Materializar la prestación eficiente de los servicios
	Previsión, Protección del presupuesto
	Prevenir el detrimento patrimonial.
	Mitigar el riesgo
	Disminuir el número de demandas
	Identificar las causas más frecuentes de demandas.
	Establecer mecanismos y procedimientos preventivos

ESTRATEGIAS

medidas o estrategias específicas vinculadas a las causas primarias o subcausas del daño:

	Para la inadecuada gestión del servicio de salud: <ul style="list-style-type: none">• Cumplimiento de los procesos asistenciales.• Auditorías internas asistenciales.• Sensibilizar al talento humano sobre la importancia de seguir los procesos y guías establecidos.
	Para las deficiencias en actos administrativos: <ul style="list-style-type: none">• Aplicación de la política de defensa judicial y daño antijurídico.• Seguir las directrices establecidas por la política de defensa judicial y daño antijurídico.
	Para la deficiencia en la proyección o inadecuación de actos administrativos: <ul style="list-style-type: none">• Aplicación de la política de defensa judicial y daño antijurídico.• Proyección de actos administrativos de acuerdo a las recomendaciones y la identificación de causas con efectos jurídicos.• Seguir las directrices establecidas por la entidad respecto a la defensa judicial y prevención del daño antijurídico.
	Para la falta de conocimiento de la contratación o adecuada supervisión de contratos: <ul style="list-style-type: none">• Capacitación a supervisores de contratos para una adecuada supervisión y control.
	Para la ejecución indebida de contratos sindicales/contratos mal gestionados: <ul style="list-style-type: none">• Capacitación y supervisión efectiva.• Sensibilización sobre la importancia de cumplir deberes y derechos.

INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA

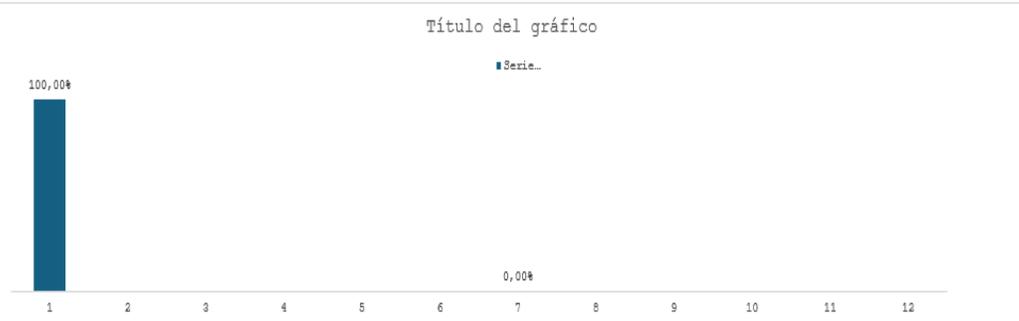
#VALOR!	FICHA TECNICA DE INDICADORES	Fecha: 05/11/2024 Código MDE-GCMC-SIC-F-002 Versión: 03
PROCESO:	Procesos notificados	
NOMBRE DEL INDICADOR:	Procesos notificados y atendidos	
PROPOSITO:	Llevar un seguimiento de los proceso nuevos de los cuales	
DEFINICION:		
MARCO NORMATIVO:		
FORMULA DE MEDICION:	$\frac{\text{Número de Procesos Jurídicos atendidos semestralmente}}{\text{sobre Número de Procesos Jurídicos notificados semestralmente}} \times 100$	
META:	100%	
PERIODICIDAD:		
SERVICIO:		
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Juridico	
RESULTADOS DE LA MEDICION 2025		
	SEMESTRE 1	SEMESTRE 2
NUMERADOR	4	
DENOMINADOR	4	
RESULTADOS	100,00%	#DIV/0!
GRAFICA DE RESULTADOS		
 <p>Gráfico de barras que muestra los resultados de la medición. El eje vertical representa el porcentaje, con marcas en 0,00% y 100,00%. El eje horizontal muestra categorías numeradas del 1 al 12. Hay una barra azul en la categoría 1 que alcanza el 100,00%, y una barra azul en la categoría 7 que alcanza el 0,00%.</p>		

Número de Procesos Jurídicos atendidos semestralmente $\times 100$
sobre Número de Procesos Jurídicos notificados semestralmente

El Área Asistencial recibió notificación de cuatro procesos judiciales, los cuales fueron atendidos oportunamente y de manera efectiva, cumpliendo así con los indicadores establecidos en nuestra política de gestión

Meta del indicador = 100%

INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA

# VALOR!		FICHA TECNICA DE INDICADORES		Fecha: 05/11/2024
				Código MDE-GCMC-SIC-F-002
				Versión: 03
PROCESO:	Juridico			
NOMBRE DEL INDICADOR:	tutelas y derechos de peticion notificados y atendidos			
PROPOSITO:	llevar un seguimiento de las tutelas y derechos de peticion que ingresan a la E.S.E. con el fin de dar cumplimiento en los terminos			
DEFINICION:				
MARCO NORMATIVO:				
FORMULA DE MEDICION:	$\frac{\text{Número de derechos de petición y tutelas respondidas dentro del término legal}}{\text{Número de derechos de petición recibidos}} \times 100.$			
META:	100%			
PERIODICIDAD:				
SERVICIO:				
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Juridico			
RESULTADOS DE LA MEDICION 2025				
	SEMESTRE 1	SEMESTRE 2		
NUMERADOR	20			
DENOMINADOR	20			
RESULTADOS	100.00%			#DIV/0!
GRAFICA DE RESULTADOS				
<p>Título del gráfico</p>  <p>100,00%</p> <p>0,00%</p>				

Número de derechos de petición y tutelas respondidas dentro del término legal

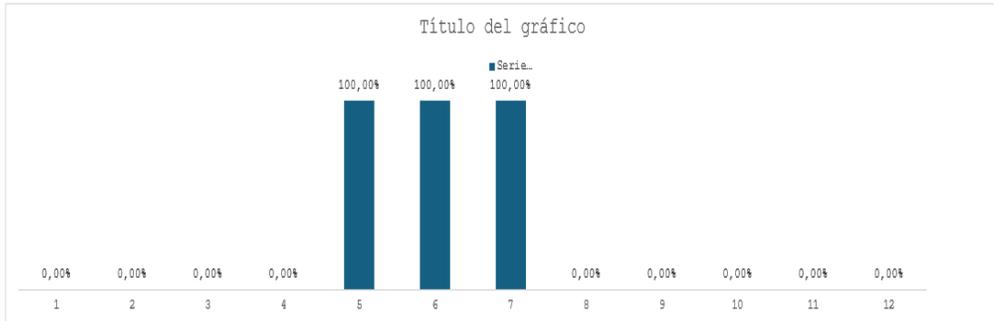
X100.

Número de derechos de petición recibidos

Se recibieron 20 tutelas, las cuales fueron respondidas dentro del término establecido por la ley, lo que permitió alcanzar un cumplimiento del 100% de nuestra meta, demostrando así nuestra eficiencia y compromiso en la atención de estos procesos

Meta del indicador = 100%

INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA

# VALOR		FICHA TECNICA DE INDICADORES	Fecha: 05/11/2024																																			
			Código MDE-GCMC-SIC-F-002																																			
			Versión: 03																																			
PROCESO:	Operativizar																																					
NOMBRE DEL INDICADOR:	Operativizar el comité																																					
PROPOSITO:	Realizar seguimiento a la Operativizar el comité de conciliación y defensa judicial																																					
DEFINICIÓN:																																						
MARCO NORMATIVO:																																						
FORMULA DE MEDICION:	Numero de actas en la vigencia / Numero de comités programados X100																																					
META:	cumplir con las reuniones y actas mensuales según resolución 106 del 21 de abril de 2025																																					
PERIODICIDAD:	mensual																																					
SERVICIO:	Jurídico																																					
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Area Jurídica																																					
RESULTADOS DE LA MEDICION 2025																																						
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC																										
NUMERADOR					2	2	2																															
DENOMINADOR					2	2	2	2	2	2	2	2																										
RESULTADOS	# DIV /0	# DIV /0	# DIV /0	# DIV /0	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%																										
GRAFICA DE RESULTADOS																																						
<p>Título del gráfico</p>  <table border="1"> <caption>Data for Grafica de Resultados</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Result (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0,00%</td></tr> <tr><td>2</td><td>0,00%</td></tr> <tr><td>3</td><td>0,00%</td></tr> <tr><td>4</td><td>0,00%</td></tr> <tr><td>5</td><td>100,00%</td></tr> <tr><td>6</td><td>100,00%</td></tr> <tr><td>7</td><td>100,00%</td></tr> <tr><td>8</td><td>0,00%</td></tr> <tr><td>9</td><td>0,00%</td></tr> <tr><td>10</td><td>0,00%</td></tr> <tr><td>11</td><td>0,00%</td></tr> <tr><td>12</td><td>0,00%</td></tr> </tbody> </table>													Month	Result (%)	1	0,00%	2	0,00%	3	0,00%	4	0,00%	5	100,00%	6	100,00%	7	100,00%	8	0,00%	9	0,00%	10	0,00%	11	0,00%	12	0,00%
Month	Result (%)																																					
1	0,00%																																					
2	0,00%																																					
3	0,00%																																					
4	0,00%																																					
5	100,00%																																					
6	100,00%																																					
7	100,00%																																					
8	0,00%																																					
9	0,00%																																					
10	0,00%																																					
11	0,00%																																					
12	0,00%																																					

$$\frac{\text{Numero de actas en la vigencia}}{\text{Numero de comités programados}} \times 100.$$

De acuerdo con la política de prevención del daño antijurídico y el Comité de Conciliación y Defensa Judicial, se estableció la realización de dos comités mensuales, con el objetivo de obtener un mínimo de dos actas mensuales. Esto se encuentra estipulado en la Resolución No. 106 del 21 de abril de 2025, la cual quedó en firme y establece la frecuencia de reunión de dos veces al mes.

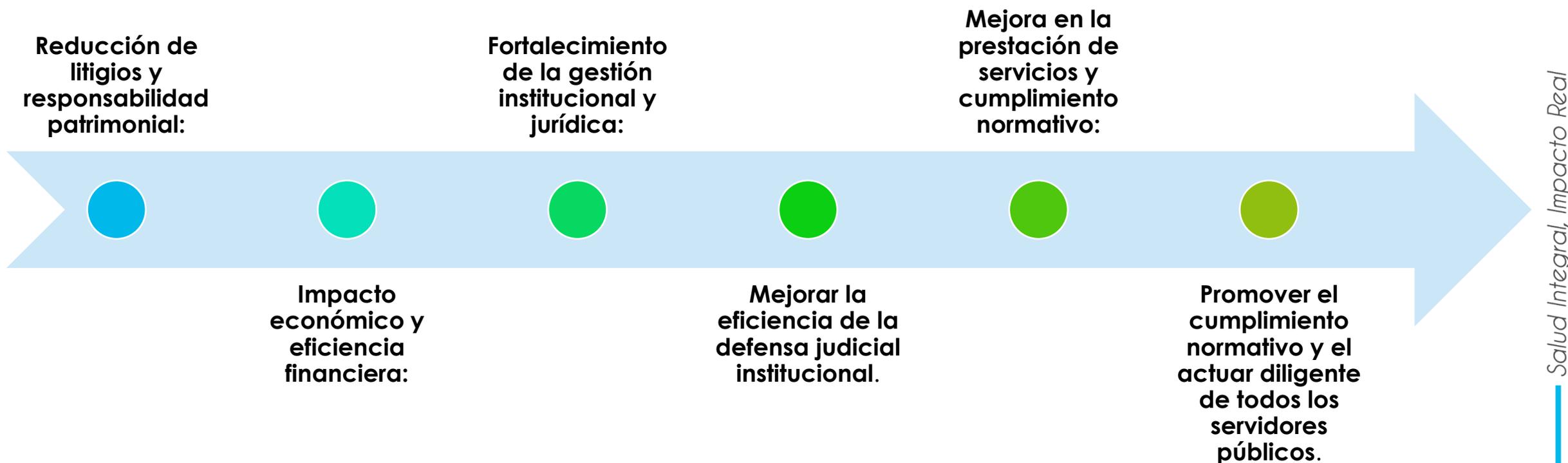
Meta del indicador = 100%

METAS DE LA POLITICA

El **propósito institucional** de esta política es la prevención del daño antijurídico y el fortalecimiento de la defensa judicial de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua La Plata, mediante la identificación sistemática de la actividad litigiosa, el análisis de riesgos jurídicos y la implementación de acciones preventivas, correctivas y estratégicas que permitan:

- Reducir la generación de hechos que puedan derivar en responsabilidad patrimonial del Estado.
- Minimizar la interposición de demandas en contra de la entidad.
- Disminuir el impacto económico derivado de condenas y conciliaciones.
- Mejorar la eficiencia de la defensa judicial institucional.
- Promover el cumplimiento normativo y el actuar diligente de todos los servidores públicos.

BENEFICIOS





E.S.E.
HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA

— *Salud Integral, Impacto Real* —

POLITICA AMBIENTAL **2025 PRIMER SEMESTRE**

ING AMBIENTAL CARLOS JOAN USECHE BERNAL

Consumo agua

Variación por mes (2025 – 2024)

- Hay ahorro neto en 2025: -666 m^3 (5 de 7 meses bajaron).
- Mayor reducción: febrero (-600 m^3 , -24.53%).
- Aumentos puntuales: enero ($+359 \text{ m}^3$, $+23.92 \%$) y junio ($+115 \text{ m}^3$, $+6.60 \%$).
- Picos de consumo: 2024 → febrero ($2,446 \text{ m}^3$); 2025 → julio ($1,945 \text{ m}^3$).
- Mes más bajo: mayo en ambos años (2024: $1,091 \text{ m}^3$; 2025: $1,060 \text{ m}^3$).

Mes	2024 (m³)	2025 (m³)	Dif. (m³)	Variación %
Enero	1501	1860	+359	+23.92 %
Febrero	2446	1846	-600	-24.53 %
Marzo	1793	1569	-224	-12.49 %
Abril	1623	1420	-203	-12.51 %
Mayo	1091	1060	-31	-2.84 %
Junio	1743	1858	+115	+6.60 %
Julio	2027	1945	-82	-4.05 %

Consumo agua

2025

Consumo de agua en la E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA.			
DIA	MES	CONSUMO POR MES M.	CONSUMO POR DIA M.
31	ENERO	1860	60
Área del gráfico	EBRERO	1846	66
31	MARZO	1569	51
30	ABRIL	1420	47
31	MAYO	1060	34
30	JUNIO	1858	62
31	JULIO	1945	63

2024

Consumo de agua en la E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA.			
DIA	MES	CONSUMO POR MES M.	CONSUMO POR DIA M.
31	ENERO	1501	48
28	FEBRERO	2446	87
31	MARZO	1793	58
30	ABRIL	1623	54
31	MAYO	1091	35
30	JUNIO	1743	58
31	JULIO	2027	65



CONSUMO DE ENERGIA

Mes	Consumo 2024 (kW)	Consumo 2025 (kW)	Diferencia (2025-2024)	Variación %
Enero	63,288	57,427	-5,861	-9.26 %
Febrero	59,254	53,036	-6,218	-10.49 %
Marzo	59,584	54,918	-4,666	-7.83 %
Abril	59,510	55,496	-4,014	-6.75 %
Mayo	59,078	56,078	-3,000	-5.08 %
Junio	55,363	59,092	+3,729	+6.74 %

Análisis

1. El hospital logró una reducción global del consumo energético en 2025 de 5.63 % frente al mismo periodo de 2024.
2. La reducción es consistente en 5 de 6 meses, con los mayores ahorros en febrero (-6,218 kW, -10.49 %) y enero (-5,861 kW, -9.26 %).
3. Único aumento: junio, con +3,729 kW (+6.74 %), lo que sugiere mayor actividad operativa o equipos adicionales en funcionamiento.
4. Estos resultados reflejan un avance en eficiencia energética, aunque el incremento de junio debe ser revisado para identificar causas y prevenir repuntes futuros.

Aporte ambiental



CAM REPORTE RESIDUOS

ESA-GE-131-2025
 La Plata Huila, 4 agosto del 2025

Ingeniero:
Nixon Femelly Celis Vela
Corporación Autónoma Del Alto Magdalena – CAM
 Municipio de La Plata – Huila
 E. S. D.

No. Rad: CPDS202514000177
 Fecha: 2025/08/11 08:11
 U. Admin: GESTION DE LA INFORMACION

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA
 Gestión Documental

Asunto: Reporte semestral de la generación y disposición de residuos peligrosos, ordinarios, reciclables de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio De Padua de La Plata – Huila, (enero – junio 2025)

Cordial saludo,

Por medio del presente oficio, se presenta el consolidado semestral de residuos peligrosos, no peligrosos y aprovechables generados durante el semestre de 2025 en la prestación de servicios de salud de la **E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua**, en el municipio de La Plata, Huila. Los residuos clasificados como peligrosos son recolectados, transportados e incinerados por la empresa **Incinerados del Huila – INCIHUILA (NIT 891.180.117)**, la cual emite mensualmente los certificados correspondientes al proceso de disposición final de dichos residuos. Es importante señalar que pueden presentarse mínimas variaciones en el peso reportado debido a factores naturales, tales como cambios de estado por congelación y la generación de lixiviados durante el transporte, almacenamiento y tratamiento. Finalmente, se anexan los certificados de tratamiento y disposición final de los residuos hospitalarios y similares, expedidos por la empresa encargada, junto con los documentos pertinentes para el respectivo reporte. Quedamos atentos a cualquier inquietud.

Atentamente,

JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ
 Gerente

Proyecto Social: Juan Usache Bernal
 Mg. Ambiental

Revisó: Karen Johana Puyé Meléndez
 Asesora Jurídica Interna

Revisó y aprobó: Rafael Linares Rojas
 Jefe Operativo-Jefe De Gestión De Talento Humano

Anexos:
 -RH1 interno.
 -Actas de disposición final de los residuos peligrosos.
 -Consolidado Semestral Residuos Hospitalarios 2025.

CAM Dirección Territorial Occidental
 Día la Mes 08 Año 2025 Hora 1
 QUIEN ENTREGA Femelly Celis Vela
 QUIEN RECIBE Johiela Celis Vela
 No. C.C. _____

Hospitaldelaplata.gov.co | ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua | hosp.sanantoniodepadua | 608 8370149 | Cra 26 No. 11 - 17 Avenida Libertadores La Plata - Huila

Se realizaron capacitaciones internas y externas.





SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO ACTA DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES - (CLINICAS-HOSPITALES)		Gobierno del Huila	
Ciudad: La Plata Huila	Fecha: 27/03/2025	N° ACTA: 41386-	
IDENTIFICACION DEL CUERPO			
NOMBRE SOCIAL: ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua La Plata Huila			
NOMBRE COMERCIAL: ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua La Plata Huila			
CEDULA / NIT: 8941180111-7 MATRICULA MERCANTIL:			
DIRECCION: Km 12.8 - 11-11			
DEPARTAMENTO: Huila MUNICIPIO: La Plata			
BARRIO: Barrio Los Andes			
CALLE: _____ CANTONAMIENTO: _____ CASERIO: _____ LOCALIDAD: _____			
CALLE: _____ CANTONAMIENTO: _____ CASERIO: _____ LOCALIDAD: _____			
TELEFONOS: 7776570427 CORREO ELECTRONICO: gerencia@ese-sanantonio-de-padua.gov.co			
CORREO ELECTRONICO: gerencia@ese-sanantonio-de-padua.gov.co			
NOMBRE DEL PROPIETARIO/LEGAL: Jose Antonio Muñoz Paz			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> N.T. <input type="checkbox"/> (Número de documento)			
NOMBRE DEL DIRECTOR INSTITUCION: Jose Antonio Muñoz Paz			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> (Número de documento)			
CORREO ELECTRONICO: gerencia@ese-sanantonio-de-padua.gov.co			
DIRECCION DE NOTIFICACION: Km 12.8 - 11-11			
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACION ELECTRONICA: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
DIRECCION DE NOTIFICACION ELECTRONICA: gerencia@ese-sanantonio-de-padua.gov.co			
DEPARTAMENTO: Huila MUNICIPIO: La Plata			
HORARIO Y DIA DE FUNDACION: 24/4 N° DE TRABAJADORES: 380			
CODIGO OCU: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DESCRIPCION DE ACTIVIDAD EVIDENCIADA: _____			
MOTIVO DE LA VISITA			
PROGRAMACION: <input checked="" type="checkbox"/> SOLICITUD DEL INTERESADO <input type="checkbox"/> ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS			
SOLICITUD OFICIAL <input type="checkbox"/> EVENTO DE INTERES EN SALUD PUBLICA <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE PROYECTO DE PRESENCIA			
OTRO: <input type="checkbox"/> Especificar: _____ PROCESOS SANCCIONATORIOS ADMIN. <input type="checkbox"/>			
NÚMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO POR _____			
CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA			
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCION: 18/05/2024	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA:	FAVORABLE FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS DESFAVORABLE C	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCION: 90%
FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA: 4/3/2024			
OPINION DE EVALUACION			
Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar		
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar		
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar		
Otros (OT)	La calificación "OT" corresponde cuando al cumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicarse Medidas Especiales de Seguridad que impidan al establecimiento funcionar en condiciones normales.		
No Aplica (NA)	Cuando el artículo a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC		
Nota: para no afectar calificación de los bloques se diferencia como Cumple (C) y se indican en hallazgos las razones por las que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado.			

E.3 MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS					HALLAZGOS
	C	CP	NC	NA	
E.3.1 Cuenta con plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades documentado e implementado. (verificar la implementación de este documento ver acta anexa) (Resolución 1184 de 2002-MPGRU/Numeral 6.2)	X	2	0		4
E.3.2 El área para el almacenamiento de residuos cumple con las disposiciones establecidas en la (Resolución 1184 de 2002-MPGRU/Numeral 7.2.6)	X	1.5	0		3
E.3.3 Cuenta con un ambiente adecuado para lavado, limpieza y desinfección de los recipientes donde se almacenan los residuos (Art 22 Resolución 4445 de 1988)	X	1	0.5	0	1
E.3.4 Los residuos son recolectados con la frecuencia necesaria para evitar generación de olores, presencia de insectos y roedores, entre otros. (Resolución 1184 de 2002-MPGRU/Numeral 7.2.5)	X	1	0.5	0	1
E.3.5 Cuenta con recipientes de material rígido que facilite su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y de cumplimiento al código de colores (Resolución 1184 de 2002-MPGRU/Numeral 7.2.3)	X	2	1	0	2
E.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS					HALLAZGOS
	C	CP	NC	NA	
E.4.1 Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art. 201 y Art. 685 Ley 98 de 78) - Lineamiento Manual para el control integral residuos plaga	X	2	1	0	2
E.4.2 En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por estas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación. (Art. 188 Ley 98 de 78)	X				
CALIFICACION DEL BLOQUE: 30					La calificación del bloque corresponde al ____% del total de los ____ de los ____.
A. PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES- GESTION DEL RIESGO					HALLAZGOS
	C	CP	NC	NA	
A.1 Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado. (Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	X	2	1	0	2
A.2 El establecimiento cuenta con sistemas para la contención de derrames en respect al área sobresalientes (Art 102 Ley 9 de 1978)	X	2	0.5	0	3
A.3 Todas las maquinarias, equipos no médicos y herramientas se encuentran instalados, mantenidos y operados con el fin de disminuir accidentes y enfermedades.(Artículo 112 Ley 9 de 1978)	X	2	1	0	2
A.4 El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	X	2	1	0	1
A.5 La institución cuenta con exámenes o galatesas contra incendios cargados y debidamente sellados en perfecto estado de funcionamiento.(Art 54 Resolución 14861 de 1985)	X	2	1	0	2
A.6 Existe botiquín de primeros auxilios. (Art 127 Ley 9 de 1978)	X	1	0.5	0	1
CALIFICACION DEL BLOQUE: 10					La calificación del bloque corresponde al ____% del total de los ____ de los ____.
B. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Presentes)					HALLAZGOS
	C	CP	NC	NA	
% DE CUMPLIMIENTO: 100%					
CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir:	FAVORABLE X		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
NIVEL DE CUMPLIMIENTO	95%-100%		50%-94%		
			< 49.9%		
En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "otro", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (SS-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.					
B. RELACION DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO					
NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS:					
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS:					

AUDITORIAS:
CUMPLIMIENTO 100%

Control de plagas y vectores



Código No. 06303

CERTIFICADO

Hoy 09 de Agosto de 2025, se realizó fumigación para el control integrado de plagas en cumplimiento del decreto 1843 de 1991, se aplicó insecticida HAWKER PLUS y FENDONA SC 60. En la empresa ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA, Nit. 891.180.117-7, Ubicado en la Carrera 2E No. 11-17, Municipio de la Plata- Huila, la acción fue dirigida a controlar insectos voladores y rastreros, agentes trasmisores de enfermedades víricas y parasitarias.

F. Expedición: Hoy 09 de Agosto de 2025.
F. Vencimiento: Noviembre de 2025

Lorena Isabel Restrepo
Lorena Isabel Restrepo
Gerente

Cel. 3218591845

gemgrupoempresarial@gmail.com

Ciudad y Fecha	LA PLATA HUILA	DIA	27	MES	02	AÑO	2025	HORA	8:AM	ORDEN DE SERVICIO N°	6229			
CLIENTE O INSTITUCION	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA DE LA PLATA HUILA	CEDULA / NIT	891.180.117-7											
TELEFONO / CELULAR	3175520421	ORDEN SERVICIO	JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ											
DIRECCION PRINCIPAL EMPRESA	CARRERA 2E No. 11-17 LA PLATA HUILA	CORREO	contratacion@esesanantoniodepadua.gov.co											
DIRECCION PRINCIPAL	SEDE DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL	CONTACTO	ING AMBIENTAL											
INFORME DE SERVICIO	DIAGNOSTICO	JARDINERIA	SELLAMIENTOS	DESINFECCION	LD TANQUES	JARDINERIA	SELLAMIENTOS	SUMINISTROS CP						
PLAGA EVIDENCIADA	CUCHARA	AMERICANA	AMERICANA	ORIENTAL	ZANCOIDOS	MOSCAS	AVISPAS	HORMIGAS	GARRAPATAS	ROEDORES	SERPIENTES	MURCIELAGOS	TERMITAS	OTRA

Ciudad y Fecha	LA PLATA HUILA	DIA	03	MES	05	AÑO	2025	HORA	8:AM	ORDEN DE SERVICIO N°	6246			
CLIENTE O INSTITUCION	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA DE LA PLATA HUILA	CEDULA / NIT	891.180.117-7											
TELEFONO / CELULAR	3175520421	ORDEN SERVICIO	JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ											
DIRECCION PRINCIPAL EMPRESA	CARRERA 2E No. 11-17 LA PLATA HUILA	CORREO	contratacion@esesanantoniodepadua.gov.co											
DIRECCION PRINCIPAL	SEDE DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL	CONTACTO	ING AMBIENTAL											
INFORME DE SERVICIO	DIAGNOSTICO	JARDINERIA	SELLAMIENTOS	DESINFECCION	LD TANQUES	JARDINERIA	SELLAMIENTOS	SUMINISTROS CP						
PLAGA EVIDENCIADA	CUCHARA	AMERICANA	AMERICANA	ORIENTAL	ZANCOIDOS	MOSCAS	AVISPAS	HORMIGAS	GARRAPATAS	ROEDORES	SERPIENTES	MURCIELAGOS	TERMITAS	OTRA

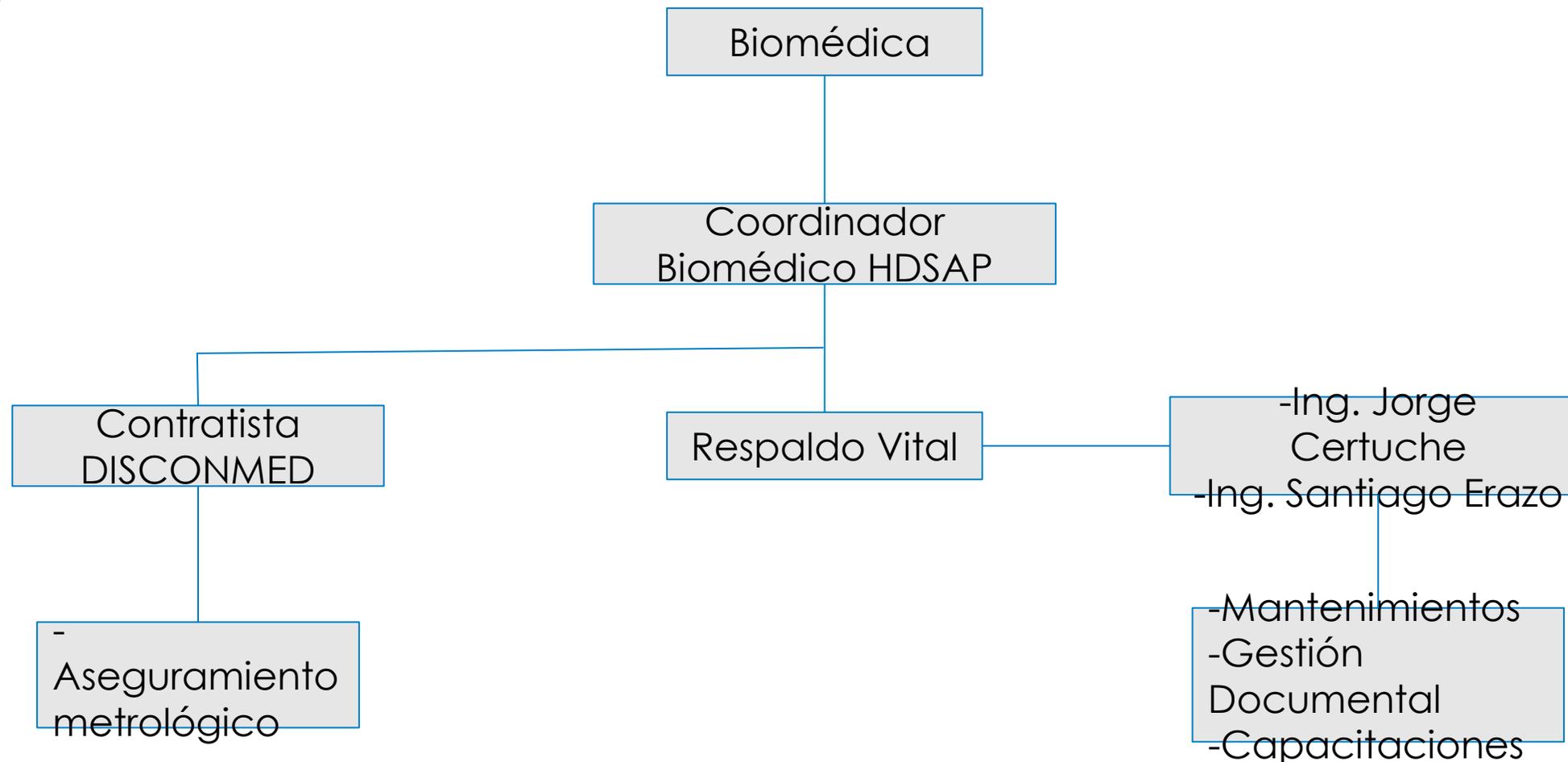
SERVICIO	DIAGNOSTICO	JARDINERIA	SELLAMIENTOS	CONTROL INTEGRAL DE PLAGAS
DESINSECCION	PAREDES	CORTE CESPED	CONCRETO	FENDONA 60SC
DESERTIZACION	PISOS	GUADANA	MALLA / ANGELO	SOLFAC 650
CONTROL AVES	CUBIERTA	FUMIGACION	LAMBRA	DELTAORKE 2 S EC
DESINFECCION	BAÑOS	TALA Y PODA	BANDA	TERMONEBULIZACION
DESINS / VEHICULOS	RESIDUOS	VIDRIO	CEBOS	OROPIELINA
LAVADO DE TANQUES	DRENAJES	SIEMBRA	REJILLAS	GEL
JARDINERIA	ACCESOS	INSTA PRADO	SUPERBOARD	ESPOLVOREO
SUMINISTRO	ILUMINACION	SUMINISTRO	CARPADO	CEBO PASTA
SELLAMIENTOS	VENTILACION	MATERAS		CEBO GRANULADO
OTROS	DISPOSITIVOS	CERCOS		DESINFECTANTE
SE REALIZA FUMIGACION EN EL AREA GENERAL DEL HOSPITAL, SE REALIZO SERVICIO EN ARE INTERNA Y EXTERNA				
LAVADO Y DESINFECCION DE TANQUES				
SERVICIO	TIPO DE TANQUE	CAPACIDAD LT	UTILIZACION	MATERIAL
LAVADO	ELEVADO	250	AGUA POTABLE	POLIETILENO

TENER EN CUENTA											
1	Enviar evidencias de mapas de las recomendaciones										
2											
3											



E.S.E.
HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA
— *Salud Integral, Impacto Real* —

INFORME DE EVALUACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA



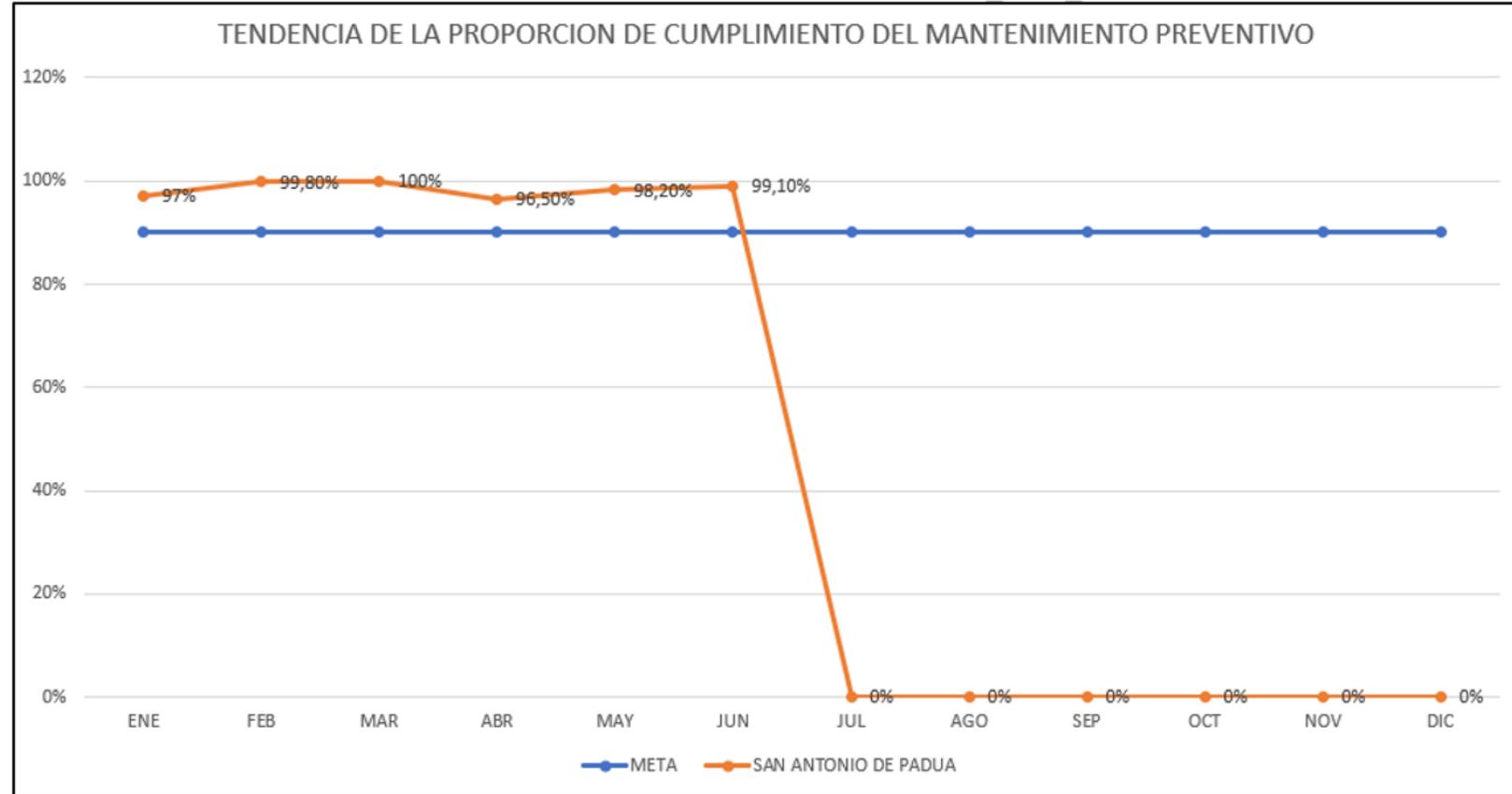


Ilustración 1. Tendencia cumplimiento Mantenimiento Preventivo – Primer Semestre

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PROMEDIO
Numero de mantenimientos preventivos realizados	269	405	112	248	387	111	0	0	0	0	0	0	66
Total, de mantenimientos preventivos programados	278	406	112	257	394	112	278	406	110	278	406	110	265

Indicador Número 1

Mantener en un 90% las acciones de mantenimiento preventivo realizadas dentro del término de tiempo establecido.

Periodicidad: Mensual

Meta: 90%

Evidencia: Reportes de servicio de mantenimiento preventivo

Promedio semestral: 98,4%.

Indicador Número 2

Mantener en menos del 4% las acciones de mantenimiento correctivo realizadas dentro del término de tiempo establecido.

Periodicidad: Mensual

Meta: <4%

Evidencia: Reportes de servicio de mantenimiento correctivo.

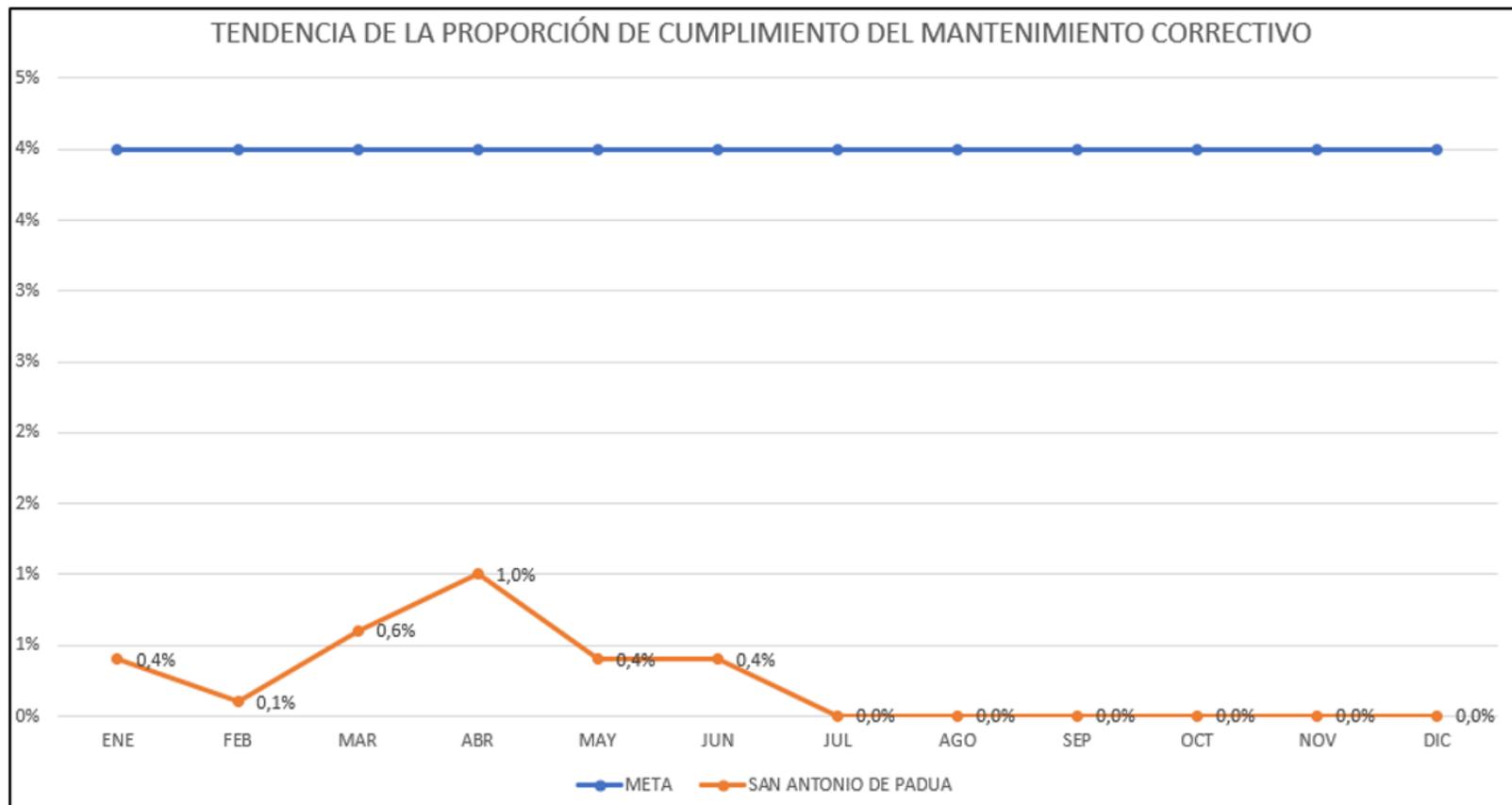


Ilustración 2. Tendencia de mantenimientos correctivos primer semestre

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PROM EDIO
Número de mantenimiento correctivos de equipos biomédicos realizados	3	1	5	8	3	3	0	0	0	0	0	0	2
Total de equipos biomédicos existentes	803	797	796	775	764	764	0	0	0	0	0	0	264

Actualización hojas de vida equipos biomédicos

Indicador Número 3

Actualización de las Hojas de Vida de los Equipos Biomédicos de la Institución.

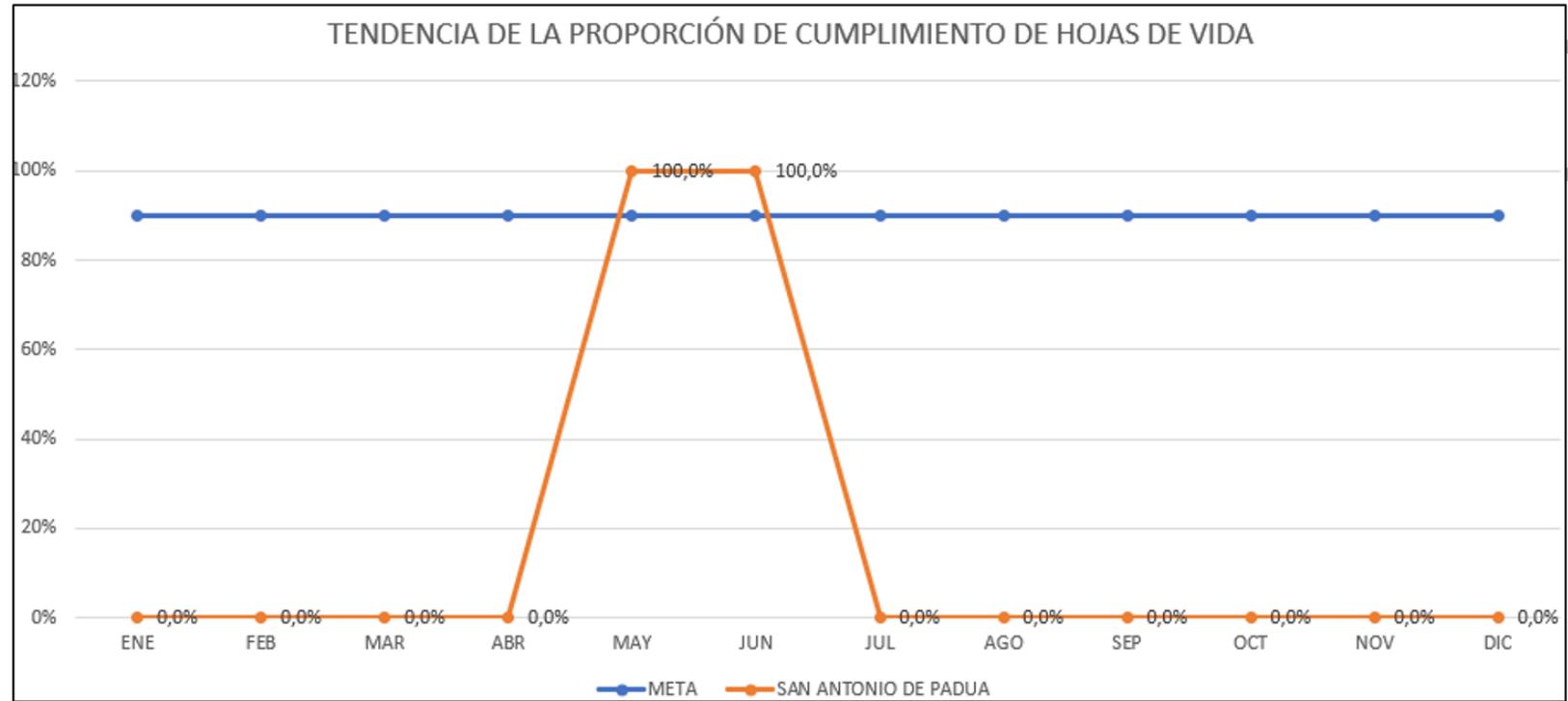
Periodicidad: Mensual.

Meta: 90%

Evidencia: Hojas de vida en físico o digital.

Acción de mejora: Para el próximo semestre tener un promedio por encima del 90%

Promedio semestral: 33,33%,



MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Hojas de vida actualizadas	0	0	0	0	51	40	0	0	0	0	0	0
Hojas de vida programadas	0	0	0	0	51	40	0	0	0	0	0	0

Indicador Número 4

Cumplimiento plan de capacitaciones

Periodicidad: semestral

Meta: 90%

Evidencia: Lista de asistencia, Evaluaciones, Informe capacitaciones.

Promedio semestral: 100%

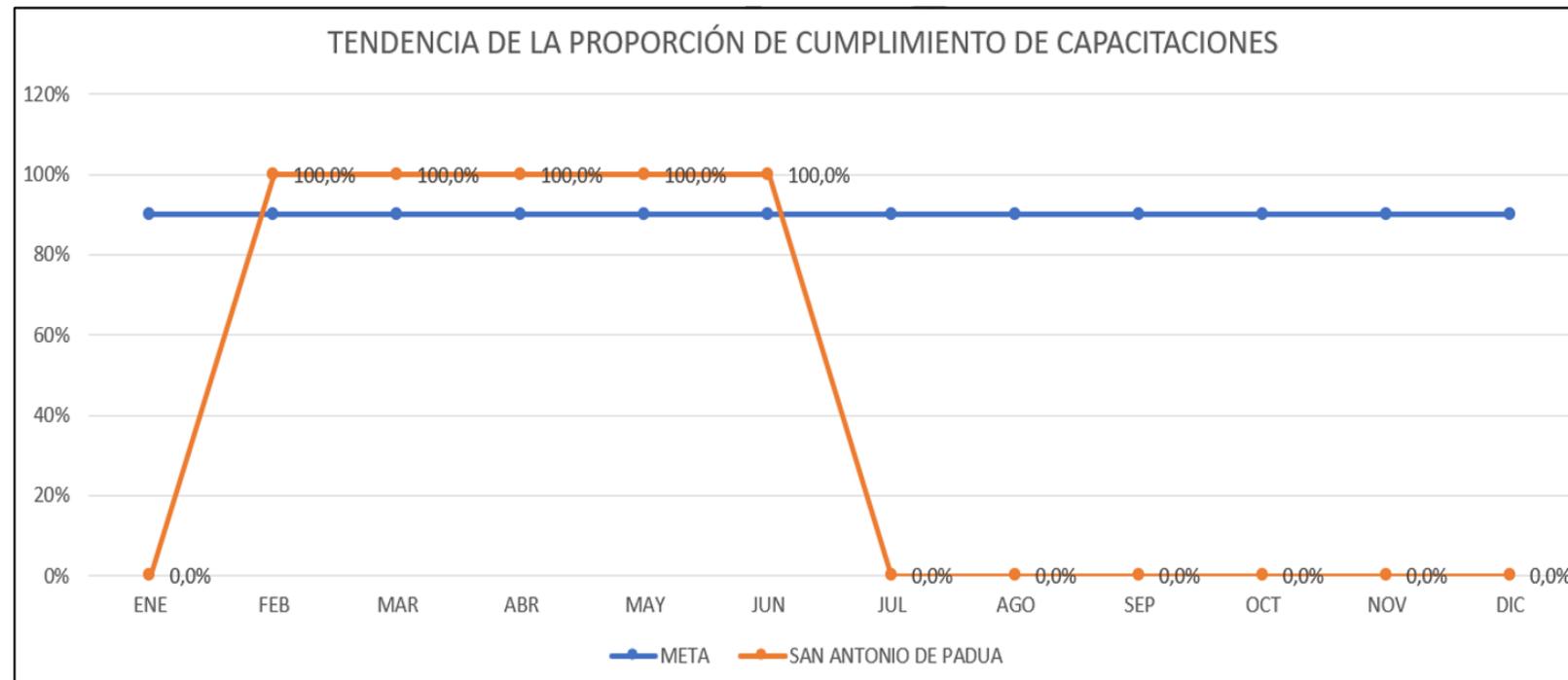


Ilustración 4. Tendencia cumplimiento de capacitaciones

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Capacitaciones ejecutadas	0	1	1	1	4	1	0	0	0	0	0	0
Capacitaciones programadas	0	1	1	1	4	1	0	0	0	0	0	0

Calibraciones

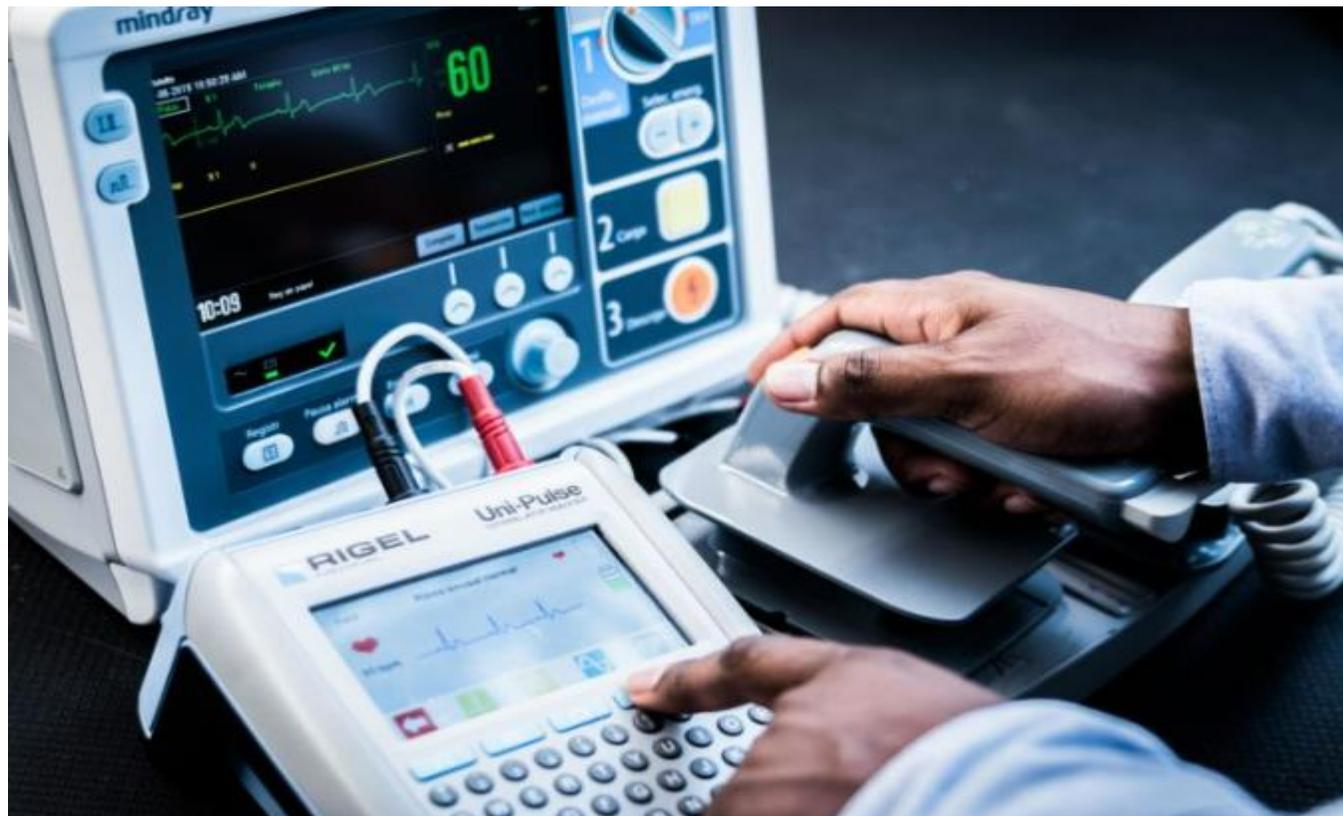
Indicador Número 5

Cumplimiento de plan de calibración.

Periodicidad: Anual

Meta: 90%

Evidencia: Certificados de calibración



Análisis

El proceso de calibración inició en julio de 2025; por lo tanto, su cumplimiento no se incluye en el primer semestre del presente año, dado que la periodicidad para la medición de este indicador es anual.

Conclusiones

- El análisis de los indicadores evidencia avances significativos en la implementación de la política de gestión de la tecnología biomédica, resaltando el cumplimiento óptimo en áreas como la capacitación del personal, los mantenimientos preventivos. Sin embargo, se identifican oportunidades de mejora en procesos como la actualización de hojas de vida.
- La adecuada implementación y seguimiento de la política de gestión de la tecnología biomédica garantizan un uso eficiente de los recursos, mayor confiabilidad de los equipos y mejores condiciones de seguridad para el paciente.



E.S.E
HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA

— *Salud Integral, Impacto Real* —

POLÍTICA Y PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN

AVANCES I SEMESTRE 2025

AVANCES I SEMESTRE - 2025

LINEAS INTERVENCION AÑO 2025	Numero de actividades I semestre de 2025	porcentaje de cumplimiento
LINEA 1: HUMANIZARTE	9	100%
LINEA 2: EDUCANDO CON AMOR	12	100%
LINEA 3:TU BIENESTAR ES EL MIO	2	100%
LINEA 4: SIEMPRE CONTIGO	9	100%
LINEA 5: PUERTAS ABIERTAS	1	100%
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES I SEMESTRE DE 2025: 100%		

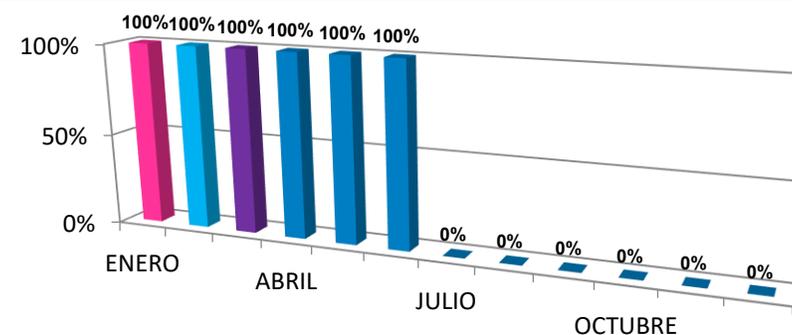
No	LINEA 1 HUMANIZARTE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
1	Realizar campañas de sencilizacion para el uso adecuado del tono ce voz, disminucion de los decibelios (tonos de celular, charlas, television, musica) etc.	0	69	0		50	0	119
2	Identificar los colaboradores que presenten dificultades en el manejo de relaciones interpersonales con los compañeros y usuarios y seguimiento a las PQRS radicadas por usuarios que esten relacionadas con la actitud de los colaboradores	4	4	3	1	0	1	13
3	Campañas de socializacion mediante poster psicoeducativos dirigidos a los usuarios y familiares del servicio de consulta externa, en el uso adecuado de los dispositivos electronicos y tono de voz.			36			0	36
4	Difusion en redes sociales institucionales de poster psicoeducativos en el tema de humanizacion.	0	1	0		1	0	2
5	Implemetar en lapsos de 15 minutos la estrategia del uso de musica relajante en los servicios, con el fin de brindar un espacio agradable los pacientes hospitalizados							0
6	Sencilizar a los colaboradores en el aprovechamiento de los espacios para la realizacion de actividades sociales.	0	69	0	0	0	0	69
7	Coordinar con SIAU la verificacion de los colaboradores felicitados mediante buzones de PQRSF y lideres de los servicios y efectuar el reconocimiento en las redes sociales del hospital	15	14	28	13	11	10	91
8	Diseño, elaboracion y aplicación de encuestas de humanizacion dirigida a usuarios y/o familiares	40	40	40	40	40	40	240
9	Diseño, elaboracion y aplicación de encuestas de humanizacion dirigida a los colaboradores	15	15	15	15	15	15	90
10	Diseño, elaboracion y aplicación de listas de cliente incognitico (usuarios ambulatorios y hospitalizados).	10	10	10	10	10	10	60

NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPOCION DE SATISFACCION EN LA HUMANIZACION DEL SERVICIO
-----------------------	--

Numerador: No de pacientes y/o familiares encuestados sobre la satisfacción de la humanización del servicio:**240**

Denominador: Número total de pacientes encuestados:**240**
META: 80%

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025												
	ENERO	FEBRE	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SEPTIEMB	OCTUBR	NOVIEM	DICIEMBR
NUMERADOR	40	40	40	40	40	40						
DENOMINADOR	40	40	40	40	40	40						
RESULTADOS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!



USUARIOS: TELEVISORES, COLCHONETAS, INFORMACION, OPORTUNIDAD EN LA REVALORACION, CONGESTION URGENCIAS, ASEO BAÑOS, COLCHONETAS
COLABORADORES: ACTIVIDADES LUDICAS EXTRAMURALES, SALARIO, TRATO EQUITATIVO, RESPETO POR LOS HORAS DE DESCANSO.

CALIFICACION TRATO EXCELENTE: 60 USUARIOS
CALIFICACION TRATO BUENO: 180 USUARIOS

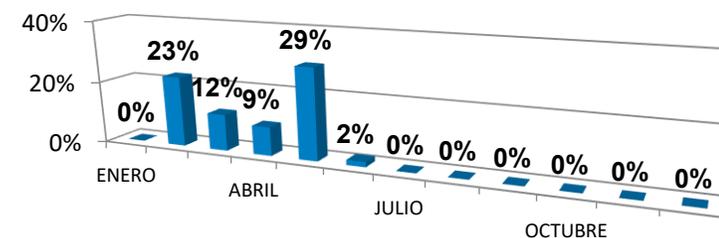
LINEA 2 EDUCANDO CON AMOR		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
1	Realizar campaña de sensibilización para que los colaboradores (saluden, se presenten e informen) tanto al usuario como al familiar.	0	41	0	100	0	0	141
2	Fortalicer en los colaboradores los conocimientos, valores, competencias y herramientas que contribuyen a la mejora de la humanización del servicio	387	395	410	385	394	394	2365
3	Socializar a los usuarios y/o familiares que la institución cuenta con una guía bilingüe para la atención de comunidades étnicas, educar a los colaboradores en palabras claves en lengua nasayugue	701	831	978	618	836	276	4240
4	Socializar el protocolo de atención a la comunidad LGTBQ+							0
5	Socializar el protocolo de atención telefónica							0
6	Desplegar en colaboradores y junta directiva la Política de humanización	0	98	51	40	127	0	316
7	Socializar política de humanización inducción colaboradores nuevos		19	65	0	0	7	91
8	Socializar el portafolio de servicio a usuarios	39	48	23	29	26	16	181
9	Socializar el decálogo del buen trato	108	14	0	0	0	0	122
10	Socializar los tips de humanización				0	53	0	53
11	Capacitar y evaluar el protocolo de visitas al equipo de vigilancia	8	0	0	0	0	0	8
12	Apoyar a los colaboradores en la estrategia de escucha activa	6	5	3	4	5	2	25
13	Socialización formato para autorización de acompañante permanente	19	0	0	0	0	0	19
14	Elaborar y socializar de protocolo de escucha activa dirigido al cliente interno.					105	0	105
15	Elaborar y socializar el protocolo para dar malas noticias.							0
16	Elaborar y socializar el protocolo de primeros auxilios psicológicos							0
17	Capacitar al personal de salud para el manejo asertivo a usuarios alterados			14	0	0	0	14
	Relaciones interpersonales servicio de urgencias					28	0	28

NOMBRE DEL INDICADOR: **Socializar la política de humanización al cliente interno y evaluar su grado de entendimiento.**

Numerador: Numero de funcionarios a los que se les socializo la política de humanización : **316**

Denominador: Numero de funcionarios que aprobaron el post test: **316**
META: 90% (391 colaboradores).

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025												
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
NUMERADOR		98	51	40	127	7						
DENOMINADOR		434	434	434	434	434						
RESULTADOS	#¡DIV/0!	23%	12%	9%	29%	2%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!



PORCENTAJE DE AVANCE INDICADOR SOCIALIZACION POLITICA Y PROGRAMA
75%

No	LINEA 3 TU BIENESTAR ES EL MIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
1	Adoptar Mecanismos en el ambito organizacional para prevenir, identificar, reportar y gestionar el comportamiento agresivo y abusivo de: - Los trabajadores - Los pacientes y sus familias	1	1	2	0	1	0	5
2	Campaña respeto a la confidencialidad							0
3	Campaña dia de la solidaridad			1				1
4	Diseñar, elaborar, socializar e implementar la estrategia del buzón de PQRSF para los colaboradores							0
	Jornada toma tension arterial a colaboradores						133	133

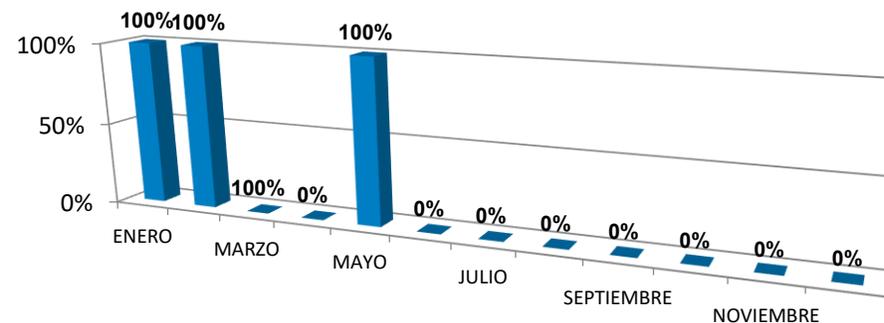
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCION DE AGRESIONES AL PERSONAL DE SALUD
-----------------------	--

Numerador: No de reportes de agresiones al personal de salud gestionados: **5**

Denominador: No de reportes de agresiones radicados: **5**

META: 100%

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025												
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
NUMERADOR	1	1	2	0	1	0						
DENOMINADOR	1	1	2	0	1	0						
RESULTADOS	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!





No	LINEA 4 SIEMPRE CONTIGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
1	Actualizar y Socializar el protocolo de acompañamiento espiritual	0	0	0	21	0	0	21
2	Brindar apoyo espiritual a quien lo requiera	5	6	3	5	0	1	20
3	Celebración día del niño	0	0	0	3	0	0	3
4	Celebración día del adulto mayor							0
5	Jornada de vacunación contra la indiferencia y entrega de vitaminas HUMANIZACIÓN FORTE, la cual potencializará (sonrisas, comprensión, respeto, solidaridad, escucha tolerancia, ayuda, abrazos, empatía) dirigido a nuestros colaboradores.							0
6	Caritas felices; espacios creados para contribuir en el bienestar integral de los niños, niñas, adolescentes hospitalizados a través de actividades lúdicas y recreativas							0
7	celebración fecha especial (cumpleaños) pacientes hospitalizados	0	8	8	2	5	0	23
8	Seguimiento a pacientes egresados de la UCI	43	56	47	47	42	0	235
9	Acompañamiento a familiares de los pacientes	2	3	5	0	0	0	10
10	Apoyo a usuarios en condiciones de vulnerabilidad	2	6	8	0	6	8	30
11	Rondas hospitalarias	20	21	21	14	20	9	105
12	Informar a usuarios sobre la política de humanización	701	831	978	618	836	276	4240

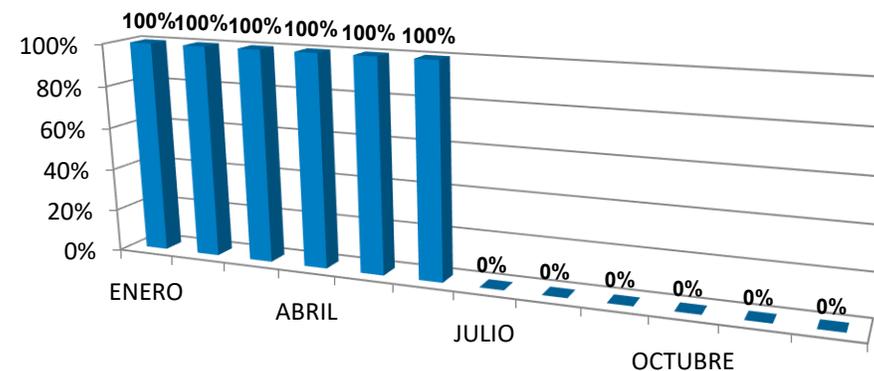
NOMBRE DEL INDICADOR: **PROPORCIÓN DE APOYOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES A LOS USUARIOS Y FAMILIARES.**

Numerador: Número de pacientes que recibieron apoyo psicológico y emocional: **2.410**

Denominador: Total de pacientes que requieren el apoyo: **2.410**

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN 2025

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
NUMERADOR	276	256	449	381	722	326						
DENOMINADOR	276	256	449	381	722	326						
RESULTADOS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!

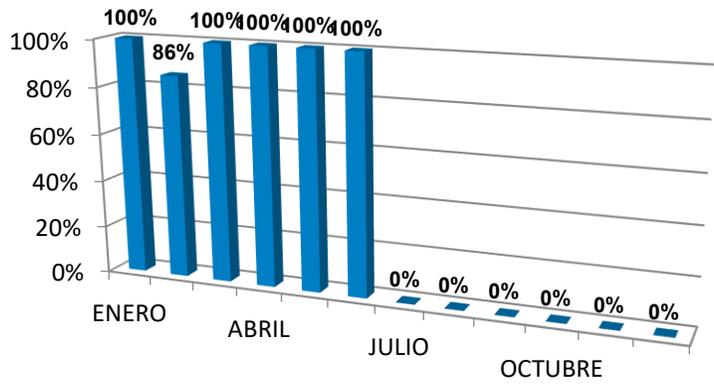


NOMBRE DEL INDICADOR: **PROPORCION DE APOYOS ESPIRITUALES A USUARIOS Y FAMILIARES.**

Numerador: Número de pacientes que recibieron apoyo espiritual: **19**

Denominador: Total de pacientes que requieren el apoyo: **22**
Meta: 80%

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025												
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
NUMERADOR	5	6	3	5	1	1						
DENOMINADOR	5	7	3	5	1	1						
RESULTADOS	100%	86%	100%	100%	100%	100%	#iDIV /V/O!	#iDIV /V/O!	#iDIV /O!	#iDIV /O!	#iDIV /O!	#iDIV /O!

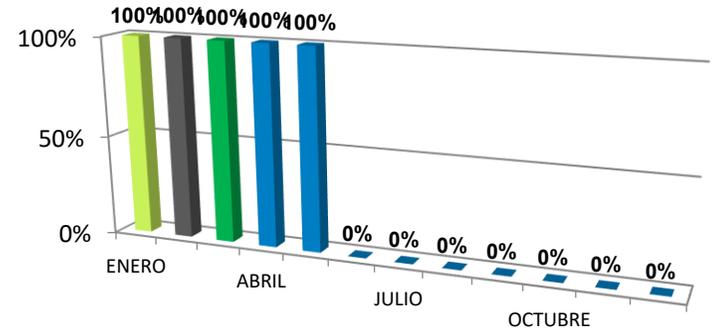


NOMBRE DEL INDICADOR: **PROPORCION DE LLAMADAS DE SEGUIMIENTO**

Numerador: Número de llamadas de seguimiento realizadas: **233**

Denominador: Total de pacientes priorizados para seguimiento telefónico: **233**
Meta: 80%

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025												
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
NUMERADOR	43	56	47	45	42	0						
DENOMINADOR	43	56	47	45	42	0						
RESULTADOS	100%	100%	100%	100%	100%	#iDIV /V/O!	#iDIV /V/O!	#iDIV /V/O!	#iDIV /O!	#iDIV /V/O!	#iDIV /O!	#iDIV /O!



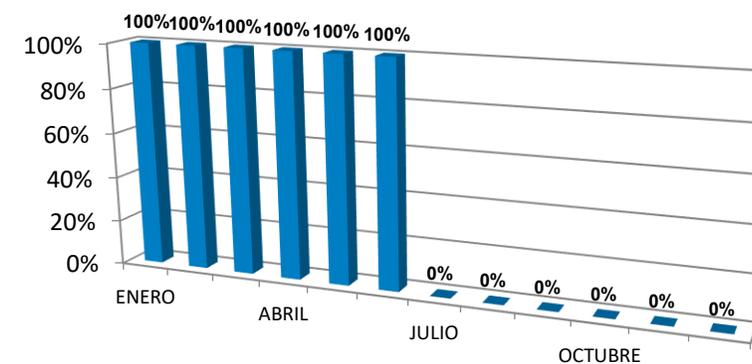
NOMBRE DEL INDICADOR: **Flexibilidad de horarios para ingreso en casos especiales**

Numerador: No de requerimientos para acompañamiento en casos especiales : **4.566**

Denominador: No de requerimientos gestionados: **4.566**

Meta: **80%**

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025												
	ENERO	FEBRE RO	MARZ O	ABRIL	MAY O	JUNIO	JULIO	AGOS TO	SEPTIEM BRE	OCTUB RE	NOVIE MBRE	DICIEMB RE
NUMERA DOR	975	619	722	734	617	903						
DENOMI NADOR	975	619	722	734	617	903						
RESULTA DOS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	#¡DI V/0!	#¡DI V/0!	#¡DIV/ 0!	#¡DIV /0!	#¡DIV /0!	#¡DIV/ 0!



No	LINEA 5 PUERTAS ABIERTAS	ENER O	FEBR ERO	MAR ZO	ABRI L	MAY O	JUNI O	TOTAL
1	Flexibilidad en horarios de visitas, permitir acompañamiento permanente en pacientes críticos, enfermedades mentales, permitir el ingreso de familiares en pacientes críticos que son remitidos.	975	617	720	734	617	903	4566

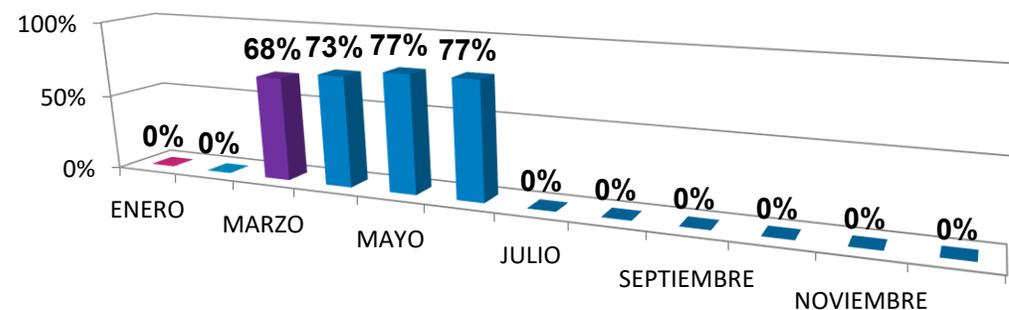
INDICADOR PROGRAMA DE HUMANIZACION

NOMBRE DEL INDICADOR: **PROPORCION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA**

Numerador: Numero de actividades realizadas en la vigencia

Denominador: Número total de actividades programadas en la vigencia

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025												
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
NUMERADOR			30	32	34	34						
DENOMINADOR			44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
RESULTADOS	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	68%	73%	77%	77%	0%	0%	0%	0%	0%	0%





AVANCE POLITICA DE CALIDAD PRIMER SEMESTRE



E.S.E
HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA

— *Salud Integral, Impacto Real* —

BLANCA NUBIA RODRIGUEZ SAÉNZ
ASESOR OGC

Brindar una atención segura y obtener los resultados deseados a través de la búsqueda de la mejora continua de los procesos institucionales, garantizando calidad, trato humanizado, satisfacción de los usuarios y sus familias.



ESTRATEGIAS

1. Educación a través de plan anual de capacitaciones.
2. Gestión de la información (Información documentada)
3. Medición de desempeño de los procesos (metas e indicadores) Publicación de la Política de Gestión de Calidad en lugares visibles.
4. Participación de los usuarios a través de encuestas.
5. Comunicación y divulgación a través de comité de calidad.
6. Mantener una comunicación amena, permanente y activa los usuarios, brindándoles orientación de sus deberes y derechos que contribuya al mejoramiento de la calidad en la prestación de nuestros servicios.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

1. Sistema Único de Habilitación.
2. Sistema Único de Acreditación.
3. Sistema de Información para la Calidad. SIC
4. Programa de Auditoria para la Mejora Continua. PAMEC
5. Política y Programa de Seguridad del Paciente.
6. Seguimiento al riesgo en Salud.

MECANISMOS DE SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN (12)

- Seguimiento a comités institucionales
- Evaluación en las auditorías internas con las No conformidades,
- Evaluación de adherencias de guías Procedimientos asistenciales
- Autoevaluación de Habilitación
- Autoevaluaciones de Acreditación
- Seguimiento y monitoria a indicadores de calidad
- Informes rondas de Calidad
- Seguimiento a riesgo
- Reporte del evento adverso
- Herramientas para identificar oportunidades de mejora dentro del sistema de gestión de calidad.
- Comité de Gestión Clínica con periodicidad mensual
- Mantener una comunicación amena, permanente y activa con los usuarios, brindándoles orientación de sus deberes y derechos que contribuya al mejoramiento de la calidad en la prestación de nuestros servicios.

INDICADORES

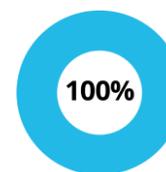
1. Proporción de actividades de mejora cumplidas: Número de actividades de mejora calificadas como cumplidas / Número total de actividades de mejora identificadas*100.
2. Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud: Numero de acciones de mejoramiento ejecutadas/ Número total de actividades de mejora planeadas*100
3. Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación vigencia anterior: promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia anterior.
4. Proporción de Cumplimiento de indicadores de acuerdo con los estándares: Número de indicadores que cumplen la meta / Número total de indicadores aplicables al Hospital Departamental San Antonio de Padua *100

RUTA CRITICA 2025

 CRONOGRAMA RUTA CRITICA PAMEC 2025 ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA													
No.	ACTIVIDAD	ENE	FEBR	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
		1	E. ASISTENCIAL	AUTOEVALUACIÓN 2024									
E. GERENCIA													
E. TALENTO HUMANO													
E. AMBIENTE FISICO													
E. INFORMACION													
E. TECNOLOGIA													
E. MEJORAMIENTO													
INFORME CUALITATIVO													
2	SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR												
3	PRIORIZACION DE PROCESOS												
4	DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA												
5	MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO												
6	FORMULACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO						50%						
7	EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO												
8	EVALUACION PLAN MEJORAMIENTO												
9	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL												

AUTOEVALUACIÓN DE ACREDITACIÓN

			2023	2024	2025	2026	2027	2028	
PUNTAJE DE ESTÁNDARES EVALUADOS	ESTÁNDARES CLIENTE ASISTENCIAL	CLIENTE ASISTENCIAL	3,1	1,5					
	ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO	DIRECCIONAMIENTO	3,1	1,2					
	ESTÁNDARES DE GERENCIA	GERENCIA	2,95	1,0					
	ESTÁNDARES DE GERENCIA DE TALENTO HUMANO	GERENCIA DE TALENTO HUMANO	2,29	1,7					
	ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	2,9	1,2					
	ESTÁNDARES DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	2,6	1,2					
	ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	2,76	1,5					
	ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	2,76	1,5					
				22,24	10,8				
				2,8	1,3				



Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia



Versión 3.1



MATRIZ DE SEGUIMIENTO AUTOEVALUACIÓN DE ACREDITACIÓN 2025						
ESTADARES	PUNTAJE OBTENIDO	ESTANDARES EVALUADOS	SELECCIÓN	PRIORIZACIÓN DE PROCESOS 2025	PROCESOS SELECCIONADOS A MEJORAR	PROCESOS SELECCIONADOS A MEJORAR 2025 DE LA EVALUACION 2024
DERECHOS DE LOS PACIENTES	1,4	4	2	Estándar 1. Código:(AsDP1)	ADMISIONES	MISIONALES
SEGURIDAD DEL PACIENTE	1,5	4	4	Estándar 5. Código:(AsSP1)		
ACCESO AL PACIENTE	1,3	7	4	Estándar 9. Código: (AsAC1)		
REGISTRO E INGRESO	1,4	3	1	Estándar 19. Código: (AsREG3)	PRESTACION DEL SERVICIO	
NECESIDADES DE INGRESO	1,4	2	1	Estándar 20. Código: (AsEV1)		
PLANEACION DE LA ATENCION	1,3	15	6	Estándar 24. Código: (AsPL2)		
EJECUCION DEL TRATAMIENTO	1,4	6	3	Estándar 41. Código: (AsEJ1)		
EVALUACION DE LA ATENCION	1,5	3	1	Estándar 48. Código: (AsEVA2)		
SALIDA Y SEGUIMIENTO	1,4	2	2	Estándar 51. Código: (AsSAL1)		
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	1,0	6	2	Estándar 53. Código: (AsREF1)	DESARROLLO INSTITUCIONAL	
DIRECCIONAMIENTO	1,6	10	4	Estándar 76. Código: (DIR1)		
GERENCIA	1,4	13	3	Estándar 91. Código:(GER.3)	ADMINISTRATIVO	ADMINISTRATIVO
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	1	16	4	Estándar 104. Código: (TH1) Estándar 107. Código: (TH4)		
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	1,2	11	5	Estándar 121. Código: (GAF1)	DESARROLLO INSTITUCIONAL	DESARROLLO INSTITUCIONAL
GESTION DE LA TECNOLOGIA	1,2	9	2	Estándar 132. Código: (GT1)		
GERENCIA DE LA INFORMACION	1,5	12	5	Estándar 142. Código: (GI1)	DESARROLLO INSTITUCIONAL	DESARROLLO INSTITUCIONAL
ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1,4	5	3	Estándar 156. Código: (MCC1)		
TOTAL	1,3	128	52	18		

ACCIONES DE MEJORAMIENTO

GRUPO/ISLANDIA	ESTANDA/ CATEGORÍA	INDICADORES DE MEJORA	DE/ACCIÓN	FEDEACCIÓN	CÓMO/PIVA	POR QUÉ	DEÓN	CIAMDO INICIO	CIAMDO FINALIZA
Deberes de los pacientes (DA)	Estándar 1. Categoría (ADPT)	Controlar el despliegue de capacitación en los niveles y niveles de la institución, que permita de forma clara la colaboración de la institución independiente de la capacidad de comprensión de los usuarios. El despliegue de capacitación en los niveles de atención, que permita de forma clara la colaboración de la institución independiente de la capacidad de comprensión de los usuarios. El despliegue de capacitación en los niveles de atención, que permita de forma clara la colaboración de la institución independiente de la capacidad de comprensión de los usuarios.	Fortalecer la formación de la institución en los niveles de atención, que permita de forma clara la colaboración de la institución independiente de la capacidad de comprensión de los usuarios. El despliegue de capacitación en los niveles de atención, que permita de forma clara la colaboración de la institución independiente de la capacidad de comprensión de los usuarios.	Completar	Controlar el cumplimiento del cronograma de capacitación y el despliegue de la institución en los niveles de atención, que permita de forma clara la colaboración de la institución independiente de la capacidad de comprensión de los usuarios. El despliegue de capacitación en los niveles de atención, que permita de forma clara la colaboración de la institución independiente de la capacidad de comprensión de los usuarios.	porque el personal debe de conocer los deberes y obligaciones de los usuarios, que permita de forma clara la colaboración de la institución independiente de la capacidad de comprensión de los usuarios.	H.D.S.A.P.	15 de Agosto 2025	30 de Agosto 2025
Seguridad Del Paciente (SANA PAACD)	Estándar 3. Categoría (ADPT)	Actualizar y fortalecer la adherencia, compromiso y responsabilidad de todos los colaboradores de la institución en políticas de seguridad del paciente, permitiendo el fortalecimiento de la cultura de seguridad.	Continuar con la sensibilización del personal de la institución en políticas de seguridad del paciente, permitiendo el fortalecimiento de la cultura de seguridad.	Completar	Actualizar y fortalecer la adherencia, compromiso y responsabilidad de todos los colaboradores de la institución en políticas de seguridad del paciente, permitiendo el fortalecimiento de la cultura de seguridad.	porque el personal debe de conocer los deberes y obligaciones de los usuarios, que permita de forma clara la colaboración de la institución independiente de la capacidad de comprensión de los usuarios.	H.D.S.A.P.	15 de Agosto 2025	30 de Agosto 2025
Acceso (D. Res)	Estándar 09. Categoría (ANAC)	Documentar los requerimientos que permitan para dar cumplimiento a los requerimientos de los usuarios, identificando los recursos humanos y materiales de la institución, que permita de forma clara la colaboración de la institución independiente de la capacidad de comprensión de los usuarios.	Fortalecer los requerimientos de los usuarios, identificando los recursos humanos y materiales de la institución, que permita de forma clara la colaboración de la institución independiente de la capacidad de comprensión de los usuarios.	Completar	Documentar los requerimientos que permitan para dar cumplimiento a los requerimientos de los usuarios, identificando los recursos humanos y materiales de la institución, que permita de forma clara la colaboración de la institución independiente de la capacidad de comprensión de los usuarios.	porque el personal debe de conocer los deberes y obligaciones de los usuarios, que permita de forma clara la colaboración de la institución independiente de la capacidad de comprensión de los usuarios.	H.D.S.A.P.	15 de Agosto 2025	30 de Agosto 2025
Región e Ingreso (D. CIAMDA CEDE)	Estándar 09. Categoría (ANAC)	Controlar la capacitación y el despliegue de la institución en los niveles de atención, que permita de forma clara la colaboración de la institución independiente de la capacidad de comprensión de los usuarios.	Continuar con la capacitación y el despliegue de la institución en los niveles de atención, que permita de forma clara la colaboración de la institución independiente de la capacidad de comprensión de los usuarios.	Completar	Controlar la capacitación y el despliegue de la institución en los niveles de atención, que permita de forma clara la colaboración de la institución independiente de la capacidad de comprensión de los usuarios.	porque el personal debe de conocer los deberes y obligaciones de los usuarios, que permita de forma clara la colaboración de la institución independiente de la capacidad de comprensión de los usuarios.	H.D.S.A.P.	15 de Agosto 2025	30 de Agosto 2025

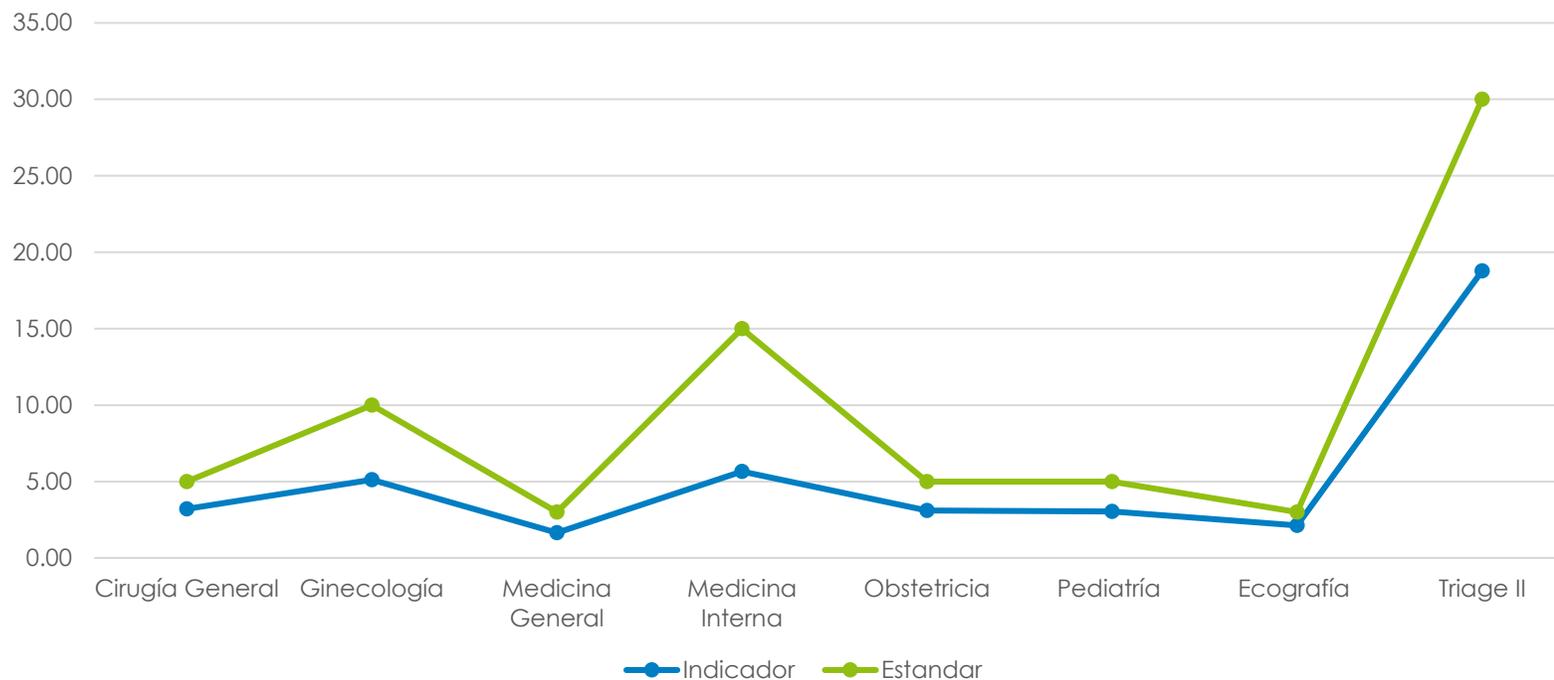
72 ACCIONES /*100=1,37 %

100 % CUMPLIMIENTO = 49.8%
TOTAL, ACCIONES CUMPLIDAS 36
PRIMER SEMESTRE /25

Indicadores 256

Especialidad	PROMEDIO PRIMER SEMESTRE 2025	Estándar
Cirugía General	3,20	5
Ginecología	5,13	10
Medicina General	1,65	3
Medicina Interna	5,65	15
Obstetricia	3,11	5
Pediatría	3,05	5
Ecografía	2,13	3
Triage II	18,78	30 min.

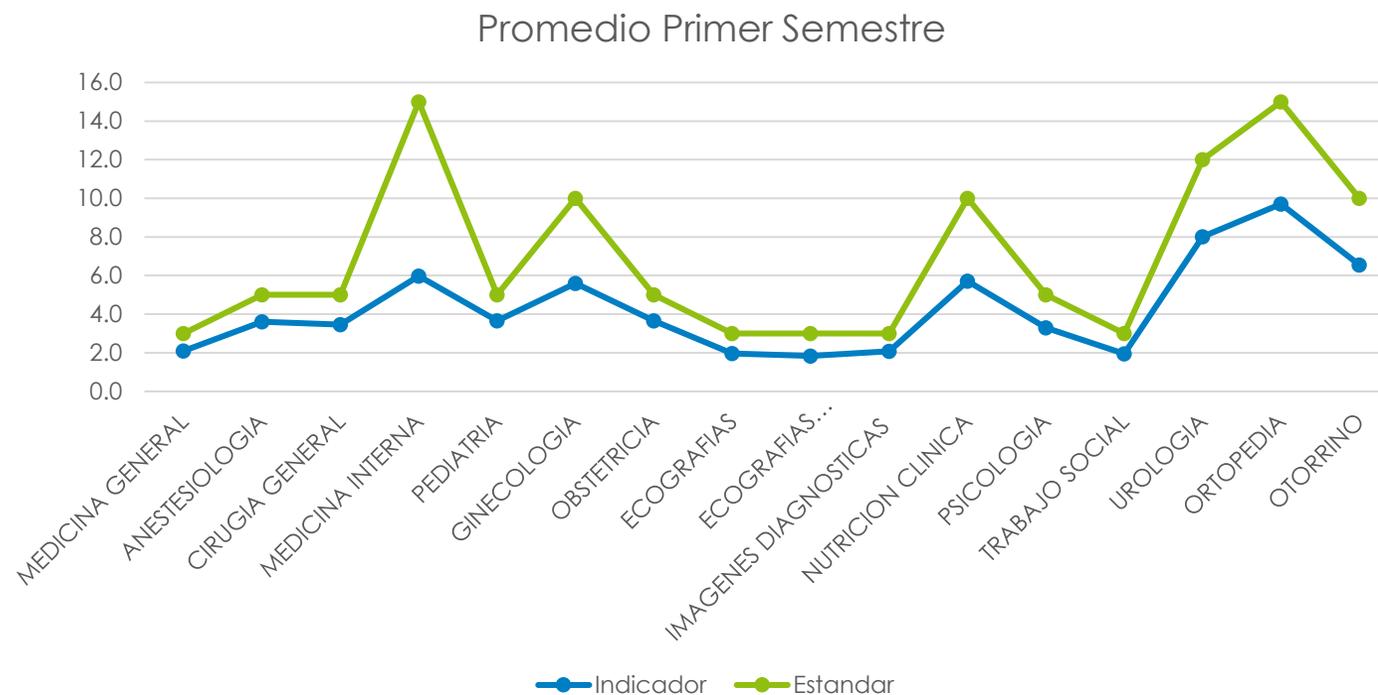
Promedio Semestral 2025



Numero de indicadores que se encuentran dentro de la meta/Total de Indicadores= 8/8=100%

Indicadores 1552

ESPECIALIDAD	PROMEDIO PRIMER SEMESTRE 2025	ESTANDAR
MEDICINA GENERAL	2,1	3
ANESTESIOLOGIA	3,6	5
CIRUGIA GENERAL	3,5	5
MEDICINA INTERNA	6,0	15
PEDIATRIA	3,7	5
GINECOLOGIA	5,6	10
OBSTETRICIA	3,7	5
ECOGRAFIAS	2,0	3
ECOGRAFIAS GINECOLOGICAS	1,8	3
IMAGENES DIAGNOSTICAS	2,1	3
NUTRICION CLINICA	5,7	10
PSICOLOGIA	3,3	5
TRABAJO SOCIAL	1,9	3
UROLOGIA	8,0	12
ORTOPEDIA	9,7	15
OTORRINO	6,5	10



Numero de indicadores que se encuentran dentro de la meta/Total de Indicadores= 16/16=100%



E.S.E
HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA

— *Salud Integral, Impacto Real* —

POLITICA DE COMUNICACIONES

Silvia Daniela Valencia Cardona



Introducción

La comunicación institucional es un eje estratégico para garantizar transparencia, identidad corporativa y contacto efectivo con la comunidad. Este informe presenta el avance de los indicadores de la política de comunicación en el primer semestre de 2025.



Alcance de la Política

Incluye procesos de comunicación interna y externa, beneficiando a funcionarios, usuarios, comunidad y grupos de interés. Utiliza diversos canales para garantizar información clara y oportuna.

- **Objetivo General:** Establecer e implementar el Plan de Comunicaciones de la E.S.E.
- **Objetivos Específicos:** Socializar el plan, potenciar la imagen institucional, generar confianza en la información, fomentar sentido de pertenencia y hacer seguimiento a actividades.

PROPOSITO

La ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de la Plata – Huila se comprometen a garantizar una comunicación clara, oportuna y asertiva, cumpliendo con la normatividad vigente, garantizando un cambio de comportamiento cultural en la comunicación. Por consiguiente, a mantener una mejora continua en prevenir, mitigar, corregir y/o compensar los aspectos e impactos que puedan surgir de las comunicaciones internas y externas de la institución.

LINEA ESTRATEGICA O LINEA DE ACCIÓN

COMUNICACIÓN ENTRE LA GERENCIA Y LOS COLABORADORES:

La Gerencia convocará periódicamente a reuniones con los grupos de interés donde informará sobre diferentes aspectos tales como gestión gerencial, gestión administrativa, contratación, producción, cartera, ingresos, gastos, etc.

La gerencia permitirá el acceso permanente de los colaboradores a fin de escuchar sus inquietudes y recomendaciones para la toma de decisiones.

Los canales de comunicación como circulares, carteleras, reuniones, programas radiales, página web, Redes sociales, son de vital importancia para la coordinación entre los procesos, es por esto que serán incluidos en el plan de medios institucional.

CANALES DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL:

Deberán ser operativos y mantenerse actualizados; los canales de comunicación institucionales se dividen en internos y externos, siendo así:

INTERNOS	EXTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> • Altavoz • Correo Electrónico Institucional • Carteleras • Rendición de cuentas 	<ul style="list-style-type: none"> • Radio • Página Web • Redes Sociales • Correo electrónico • Rendición de cuentas

Meta 1: Socialización del Plan de Comunicaciones

- **Resultado:** 0% ejecutado.
- **Observación:** Programado para el segundo semestre de 2025.

Meta 2: Porcentaje de utilización de los canales de comunicación institucional

- **Indicador:** Número de canales institucionales utilizados / Número de canales creados
- **Resultado:** $(11 / 11) \times 100 = 100\%$
- **Cumplimiento:** 100%
- **Acciones:** Uso de todos los canales internos y externos para difundir información y fortalecer imagen institucional.

Meta 3: porcentaje de personas que visitan la página web institucional

- **Indicador:** Número de personas que visitan la web / Total de visitas estimadas
- **Resultado:** En el primer semestre de 2025, la página web institucional recibió un total de **21.386 visitas**.

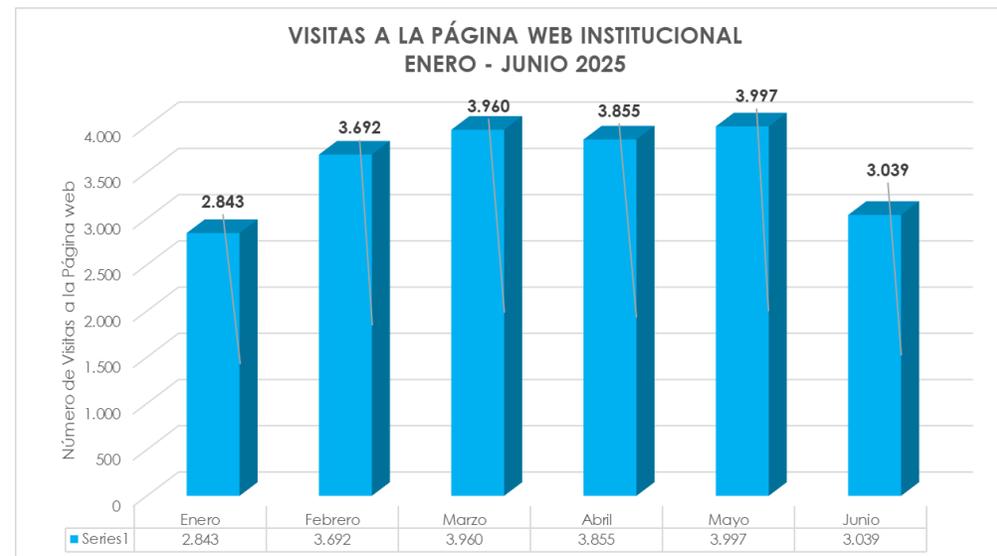
Esto frente a una meta estimada para el semestre de 6.655 visitas (proyectada con base en el histórico anual 2024).

- **Cumplimiento:** 321,4% de la meta semestral estimada, lo que representa más del triple de lo proyectado según el comportamiento del año anterior.

Acciones realizadas:

- Actualización periódica de contenidos en la página web institucional, priorizando información relevante para usuarios internos y externos.
- Publicación de noticias, comunicados y eventos institucionales, fortaleciendo el acceso oportuno a la información.
- Integración de la página web con las redes sociales institucionales para redirigir el tráfico y aumentar el alcance.
- Optimización de la navegación y estructura de los apartados, facilitando la consulta de información por parte de los usuarios.

VISITA PÁGINA WEB ENERO - JUNIO 2025	
Enero	2.843
Febrero	3.692
Marzo	3.960
Abril	3.855
Mayo	3.997
Junio	3.039
Total	21.386



Meta 4: Fortalecer los medios digitales con los elementos requeridos para la creación de contenido de calidad

Indicador: Número de personas que interactúan con las redes sociales institucionales / total de seguidores de las redes sociales institucionales

• **Resultado:**

Facebook: 10.291 interacciones – 3.579 seguidores.

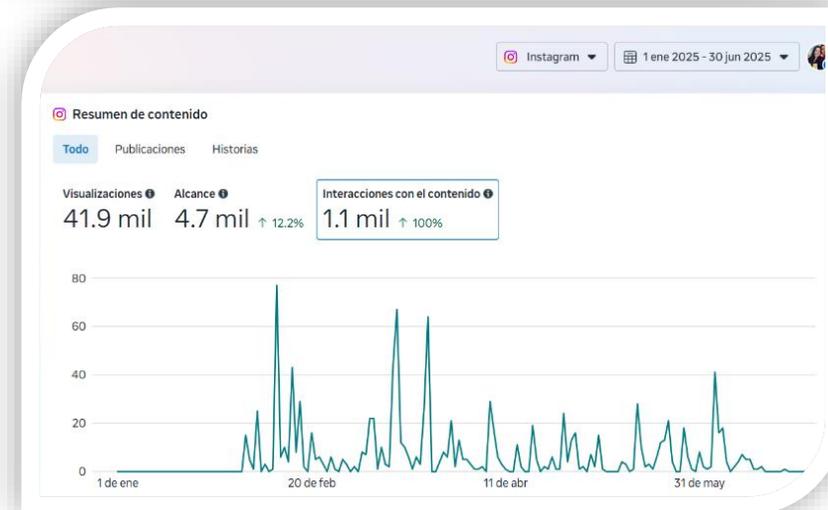
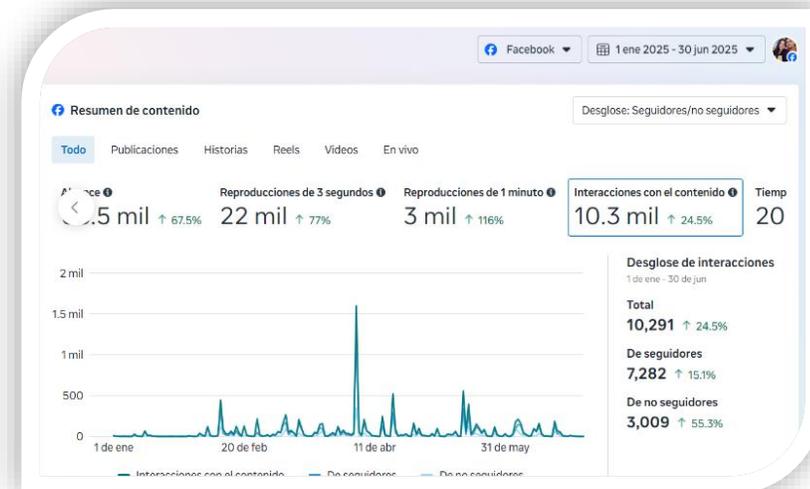
Instagram: 1.100 interacciones – 443 seguidores.

Total combinado: 11.391 interacciones / 4.022 seguidores = 283,3%.

• **Cumplimiento:** 630%

• **Acciones realizadas:**

- ✓ Generación constante de contenido visual y escrito de valor, acorde a la identidad institucional, fomentando la participación de la audiencia.
- ✓ Cobertura y difusión de eventos institucionales y de interés regional, con publicaciones inmediatas para aprovechar la oportunidad de interacción.
- ✓ Uso de formatos variados (fotografía, video, reels, publicaciones gráficas) para incrementar el alcance y la respuesta del público.
- **Observación:** El número de seguidores corresponde al total acumulado desde la creación de las cuentas hasta la fecha del corte, mientras que las interacciones se miden únicamente para el periodo evaluado (01 de enero a 30 de junio de 2025).



Observaciones y Proyecciones

- Socialización del Plan en el segundo semestre.
- Actualización de la Política.
- Mantener estrategias de redes y web.

Conclusiones

- Resultados evidencian logros significativos, metas cumplidas y superadas.
- Se fortalece el compromiso institucional con la transparencia y la comunicación efectiva.



E.S.E
HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA

— *Salud Integral, Impacto Real* —

POLITICA DE GOBIERNO DIGITAL

Silvia Daniela Valencia Cardona



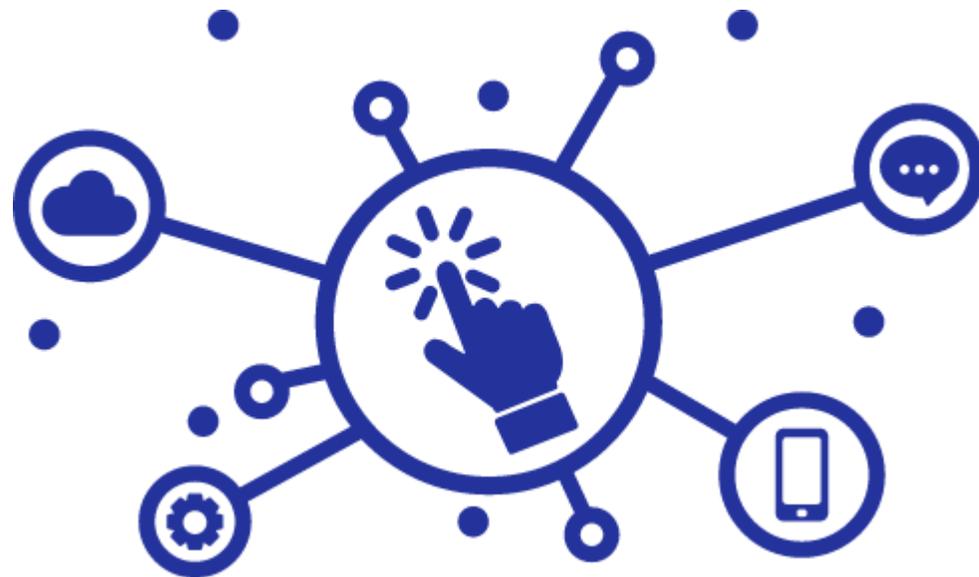


- La Política de Gobierno Digital busca **fortalecer la gestión institucional** mediante el uso estratégico de las TIC.
- Contribuye a la transparencia, eficiencia y **acceso a servicios digitales centrados en el ciudadano.**



Objetivo del Informe

- Presentar **el avance y grado de cumplimiento** de las metas, estrategias e indicadores establecidos en la Política de Gobierno Digital.
- Evidenciar **acciones, resultados y oportunidades de mejora**, en concordancia con los lineamientos de Planeación.



Alcance de la Política

- **Impacta procesos de comunicación, gestión documental, atención al ciudadano y transparencia.**
- **Beneficia a todas las áreas del Hospital y facilita el acceso oportuno a la información.**



PROPOSITO

El propósito de la Política de Gobierno Digital de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata, Huila, es orientar la transformación digital de la entidad mediante el uso estratégico, seguro y eficiente de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), con el fin de fortalecer la gestión institucional, mejorar la calidad de los servicios, promover la transparencia, facilitar la participación ciudadana y generar valor público en un entorno de confianza digital, en coherencia con los lineamientos del MinTIC y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Meta 1: Fortalecer la página web institucional

- **Indicador:** Número de documentos actualizados / Número total de documentos a actualizar.
- **Resultado:** 3 documentos actualizados de un total de 4 proyectados.
- **Cumplimiento del 75%.**
 - Actualización de la Política de Gobierno Digital, Manual de Imagen Corporativa
 - Elaboración de los diseños institucionales requeridos por la entidad, con un enfoque centrado en el usuario y su familia, que garantice una navegación intuitiva, clara y eficiente.
 - Revisión y programación de actualización del documento restante para el segundo semestre.

Meta 2: Fortalecer los medios digitales

- **Indicador:** Número de equipos tecnológicos adquiridos / Número de equipos proyectados.
- **Resultado:** 1/4 equipos adquiridos
- **Cumplimiento:** 25%.
- Adquisición de **Micrófono inalámbrico tipo c** para producción audiovisual.
- Optimización de equipos existentes y capacitación interna en producción de contenidos.

Meta 3: Fortalecer la imagen institucional en redes sociales

- **Indicador:** Número de publicaciones realizadas / Número programadas para la vigencia.
- **Resultado:** 99/71 publicaciones
- **Cumplimiento:** 139%.
- Ejecución del Plan de Medios Institucional con contenidos alineados a la identidad institucional.
- Cobertura de eventos y fechas especiales, con incremento del alcance orgánico.

Logros destacados

- ✓ Actualización del 75% de los documentos institucionales proyectados.
- ✓ Superación del 139% de la meta de publicaciones en redes sociales.
- ✓ Adquisición de nuevo equipo audiovisual.
- ✓ Ejecución eficiente del Plan de Medios Institucional.
- ✓ Capacitación a la asociación de usuario en herramientas digitales.

- **Retos:** adquisición parcial de equipos, documentos pendientes por actualizar.
- **Recomendaciones:** gestión de recursos, actualización de documentos.

Conclusión

- Avances significativos en presencia digital, actualización de documentos y generación de contenidos.
- Oportunidades de mejora para alcanzar el 100% de metas en el segundo semestre.
- Compromiso con la modernización y transparencia institucional.



E.S.E
HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA
— *Salud Integral, Impacto Real* —

POLÍTICA DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LAVADO DE ACTIVOS

Silvia Daniela Valencia Cardona

Introducción

- La política busca garantizar el acceso a la información pública, promover la transparencia en la gestión institucional y prevenir y combatir la corrupción y el lavado de activos.
- Fundamentada en la Ley 1712 de 2014.



Objetivo de la Política

Objetivo General:

Garantizar a los grupos de interés el acceso oportuno, seguro y de calidad a la información pública de la entidad.

Objetivos Específicos:

- Asegurar que la información publicada sea confiable y veraz.
- Cumplir con la normatividad vigente.
- Fortalecer la cultura institucional de información oportuna.

Alcance del Informe

- **Periodo evaluado:** Enero – Junio 2025
- **Áreas y procesos involucrados:** Mercadeo, Planeación, Sistemas.
- **Grupos de valor:** Ciudadanía, usuarios, entes de control, colaboradores.

Indicador

- Número de lineamientos cumplidos / Número de lineamientos establecidos por la Ley 1712 de 2014.
- **Meta:** 100% de cumplimiento.
- **Estado:** En proceso.
- **Evidencia:** Avance por fases.

El presente **indicador se encuentra en ejecución** debido a que el diligenciamiento de la Matriz ITA 2025, base para la evaluación de la Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción, tiene como fecha límite de cargue el 29 de agosto de 2025.

Fases Desarrolladas

- **Fase 1:** Recepción de directiva de la Procuraduría. ✓
- **Fase 2:** Solicitud de información a áreas. ✓
- **Fase 3:** Organización y consolidación de información. ✓
- **Fase 4:** Revisión con área de Planeación. ✓



Fases pendientes

- **Fase 5:** Cargue en la plataforma de la Procuraduría.
- **Fase 6:** Recepción de resultados.
- **Fase 7:** Elaboración del informe final.

INVITACIÓN REUNIÓN CARGUE MATRIZ ITA

Mercadeo
Para: Sistemas; Planeacion

Responder Responder a todos Reenviar

Jun 14/08/2025 4:56 PM

Cordial saludo,

Ingeniero Edwin

Ingeniero Felipe

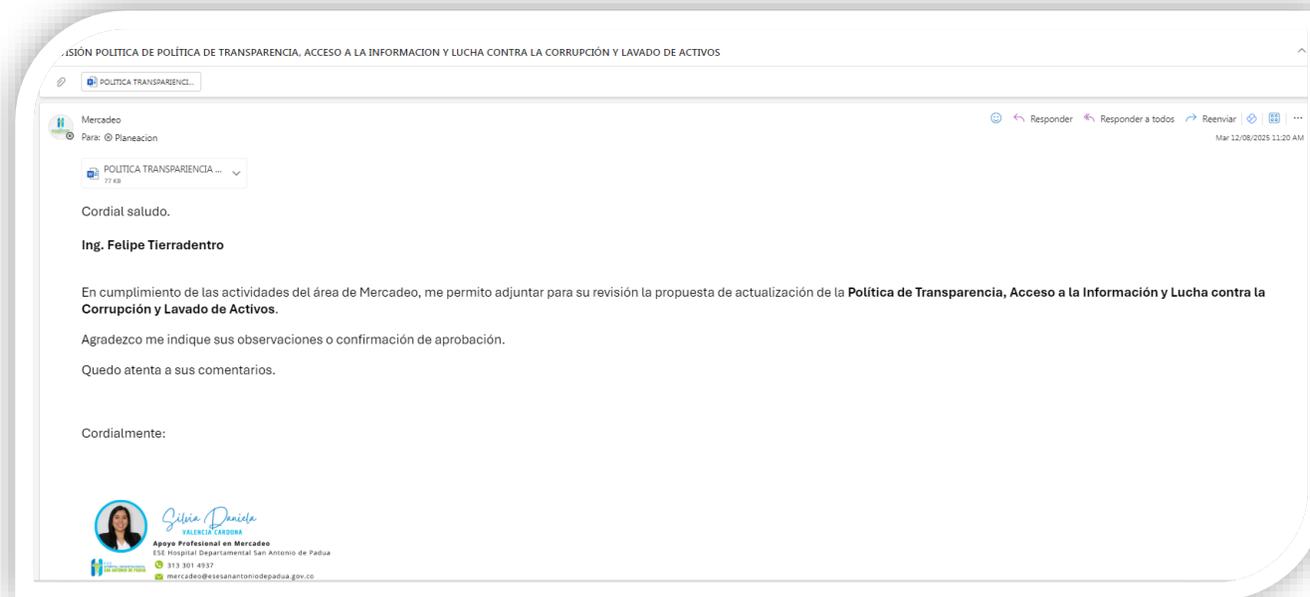
De acuerdo con la directiva emitida por la Procuraduría General para el diligenciamiento de la **Matriz ITA 2025**, me permito invitarlos a una reunión con el propósito de realizar el cargue de la matriz y brindar el respectivo acompañamiento.

La reunión se llevará a cabo el **lunes 25 de agosto**, a las **10:00 a. m.**, en la **oficina de Sistemas**.

Agradezco de antemano su apoyo y disposición.

Proceso de actualización de la política

- **Estado:** En revisión por el área de Planeación para su codificación.
- **Beneficios:** Alineación con normatividad vigente y necesidades institucionales.



Conclusiones

- ✓ Avances significativos en el diligenciamiento de la Matriz ITA.
- ✓ Compromiso institucional con la transparencia.
- ✓ **Próximos pasos:** culminar fases pendientes y recibir calificación oficial.



SEGUIMIENTO A LA POLITICA DE PRESTACION DE SERVICIOS I SEMESTRE 2025



E.S.E
HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA
— *Salud Integral, Impacto Real* —

SUBGERENCIA TECNICOCIENTIFICA



OBJETIVO

Garantizar la atención integral centrada en el usuario y su familia con enfoque en los atributos de calidad definidos como accesibilidad, oportunidad, seguridad y control del riesgo, pertinencia y continuidad en la prestación de servicios, generando la satisfacción del usuario y su familia, manteniendo la sostenibilidad financiera de la Institución.

LINEAS DE INTERVENCION

1. Fortalecer el portafolio de servicios de acuerdo con las necesidades de la población del área de influencia.

- Fortalecimiento de Prestación de Servicios de las áreas de Gastroenterología, cardiología no invasiva y tomografía computarizada Tac, que empezaron en agosto de 2024.
- Preparación para el comienzo de funcionamiento del Área de Cirugía Laparoscópica. Tentativamente el 11 de agosto, para lo cual ya se cumplió con la adquisición de la Torre de Laparoscopia, elementos adicionales requeridos y capacitación del personal,

2. Implementación en un 90% del programa de seguridad del paciente y humanización en la prestación del servicio.

- Rondas de seguridad del Paciente

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
HOSPITALIZACIÓN	4	4	4	4	4	4	24
SALA DE PARTO	3	3	3	3	3	3	18
PEDIATRÍA	3	3	3	3	3	3	18
URGENCIAS	2	5	5	2	5	5	24
CIRUGÍA	5	2	2	5	2	2	18
UCI	3	3	3	3	3	3	18
TOTAL	20	20	20	20	20	20	120

- Comités mensuales de Seguridad

CLASIFICACIÓN	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	1	1	1	1	1	6
TOTAL	1	1	1	1	1	1	

- Durante el primer semestre de 2025 el avance del programa de seguridad del paciente fue en un 100 % de cumplimiento.

HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO

- Avance en la Política de Humanización del Servicio

LINEAS INTERVENCION AÑO 2025	Numero de actividades I semestre de 2025	porcentaje de cumplimiento
LINEA 1: HUMANIZARTE	9	100%
LINEA 2: EDUCANDO CON AMOR	12	100%
LINEA 3:TU BIENESTAR ES EL MIO	2	100%
LINEA 4: SIEMPRE CONTIGO	9	100%
LINEA 5: PUERTAS ABIERTAS	1	100%
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES I SEMESTRE DE 2025: 100%		

- En el primer semestre se realizaron 129 rondas en el programa de humanización y 3 comités, realizados con periodicidad bimensual.(Enero –Marzo – mayo).

3. Realizar el cálculo de la suficiencia del recurso humano asistencial en todos los servicios misionales de la organización.

Nuestra Institución realizó en el segundo semestre del 2024 el calculo de la suficiencia del recurso humano asistencial requerido para laborar en los diferentes servicios misionales de la organización, el cual quedó incluido en el plan de compras, gastos y adquisiciones establecido para el año 2025. Allí se estableció que la institución debe contar con 36 médicos generales, 31 especialistas, 4 bacteriólogos, 4 instrumentadores, 130 auxiliares y 38 jefes de enfermería.

4. Oportunidad en la asignación de citas, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

La institución cumple con los estándares exigidos por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud reportados de manera puntual y cumpliendo las resoluciones 2056 de 2016 y 1552 de 2013.

RESOLUCIÓN 0256 PRIMER SEMESTRE 2025								
ESPECIALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	PROMEDIO	ESTANDAR
MEDICNA GRAL	1,33	1,43	1,8	2,16	2	2	1,88	3
ANESTESIA	4,09	3,51	3,3	2,54	2,03	3,18	2,91	5
CIRUGIA GENERAL	3,36	2,77	3,92	2,08	2,48	3,71	2,99	5
MEDICINA INTERNA	6,38	6,68	5,36	5,89	4,7	6,21	5,77	15
PEDIATRIA	2,85	3,06	3,35	2,38	2,91	3,29	3,00	5
GINECOLOGIA	5,81	5,46	6,65	4,49	4,68	4,65	5,19	10
OBSTETRICIA	3,82	3,67	3,71	2,17	2,45	3,35	3,07	5
ECOGRAFIA	1,88	2,30	2,41	1,64	1,9	1,64	1,98	3
ECO-G/O	2,77	1,28	2,46	1,35	1,78	1,99	1,77	3
IMAG.DIAG.	2,22	1,97	2,02	1,75	1,94	1,7	1,88	3
NUTRICION	4,38	4,12	5,91	6,55	6,22	5,3	5,62	10
PSICOLOGIA	3,32	2,81	3,3	2,99	2,71	3,36	3,03	5
T. SOCIAL	2	1,33	2,2	2,00	2	2	1,91	3
UROLOGIA	9,94	6,71	8,23	7,30	5,3	8,6	7,23	12
ORTOPEDIA	11,26	9,28	10,91	8,11	5,41	5,01	7,74	15
OTORRINO	8,64	7,92	7,61	4,25	4,79	4,8	5,87	10
TRIAGE II	18,86	16,36	19,59	17	20,62	20,2	18,77	30 min

Resolución 1552 de 2013

ESPECIALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	PROMEDIO	ESTANDAR
MEDICINA GRAL	1,43	2,00	1,80	2,16	2,00	2,00	1,92	3
ANESTESIA	2,44	4,10	3,29	2,52	2,03	3,14	2,92	5
CIRUGIA GENERAL	2,61	4,44	3,91	2,1	2,40	3,60	3,18	5
MEDICINA INTERNA	4,52	5,88	5,83	5,95	4,65	5,96	5,46	15
PEDIATRIA	2,69	3,53	3,50	2,34	2,91	3,35	3,05	5
GINECOLOGIA	3,21	4,66	6,39	4,45	4,66	4,58	4,66	10
OBSTETRICIA	3,03	3,47	3,78	2,3	2,49	3,42	3,08	5
ECOGRAFIA	1,93	2,45	2,72	1,63	1,91	1,64	2,05	3
ECO-G/O	1,59	2,77	2,47	1,35	1,78	1,99	1,99	3
IMAG.DIAG.	1,9	2,23	2,03	1,75	1,95	1,71	1,93	3
NUTRICION	6,51	4,34	6,00	6,56	6,06	5,27	5,79	10
PSICOLOGIA	4,34	3,37	3,40	2,93	2,74	3,36	3,36	5
T. SOCIAL	2,33	2,00	2,20	2,00	2,00	2,00	2,09	3
UROLOGIA	5,29	9,90	8,37	7,39	5,45	8,40	7,47	12
ORTOPEDIA	8,98	11,45	2,78	7,77	5,24	4,82	6,84	15
OTORRINO	5,66	8,61	7,67	4,18	4,84	4,90	5,98	10

INDICADORES DE SEGUIMIENTO

- Seguridad
 - Eventos adversos medicamentos

Número de eventos adversos relacionados con la administración de
medicamentos en urgencias

Total de personas atendidas en urgencias

$$\frac{6}{17.835} \times 100 = 0.03 \%$$

Número de eventos adversos relacionados con la administración de
medicamentos en hospitalización

Total de egresos de hospitalización

$$\frac{0}{6.069} \times 100 = 0.0 \%$$

- **Experiencia en la Atención**

- **Oportunidad atención Pacientes Triage II**

Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 2 y el momento en el cual es atendido en consulta de urgencias por medico

Número total de pacientes clasificados como Triage 2 en un periodo determinado

$$\frac{8308}{440} = 18.9$$

Durante el primer semestre se cumplió con el estándar exigido por la Res. 256 de 2016, donde el tiempo no debe superar los 30 minutos.

- Satisfacción del usuario

Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?

Número de usuarios que respondieron la pregunta

$$\frac{4665}{4672} * 100 = 99 \%$$

Durante el primer semestre se cumplió con el estándar exigido por la Res. 256 de 2016, donde el porcentaje no fue menor del 99%.

- Oportunidad citas Medicina Interna

Sumatoria total de los Días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito.

Número total de consultas asignadas en la institución

$$\frac{10.412}{1.851} = 5.6$$

Durante el primer semestre se cumplió con el estándar exigido por la Res. 256 de 2016, donde el tiempo de asignación de cita de medicina interna no supero los 15 días.

- Oportunidad realización Apendicectomía

Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realiza apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico

Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia

$$\frac{200}{206} = 0.97 \%$$

Durante el primer semestre se cumplió con el estándar exigido por la Res. 408 de 2018 donde el porcentaje fue superior al 90% exigido.

POLITICA GESTION DEL RIESGO



POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

La Administración de riesgo debe ser extensiva y aplicable a todos los procesos, en articulación con los líderes de procesos que buscan identificar los riesgos que puedan afectar los objetivos institucionales; con el fin de prevenir y mitigar los mismos a través de la implementación de mecanismos de control y prevención que promuevan la mejora continua, en todos los niveles de la entidad.



Política de Transparencia y Acceso a la Información

Portada » Política de Transparencia y Acceso a la Información

2025

TITULO	DOCUMENTO
Informe De Capacitación Ley 1712 De 2014	PDF
Matriz De Riesgos Institucional 2025	PDF

2024



SITUACIÓN DESEADA

Inicia en la Identificación del Riesgos, aplicando La Política de Administración del Riesgo a los Planes de direccionamiento, procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, y a todas las acciones ejecutadas por los colaboradores de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata Huila, para su respectiva clasificación y valoración, termina en la construcción de la matriz donde se establece un plan de acción con sus respectivos controles para prevenir y mitigar los riesgos identificados.

INDICADORES

Son aquellos que se encargan de medir la efectividad, tanto de diseño como de desempeño, de un control específico.

Riesgos materializado

Riesgos generales

0%

POLITICA DE CONTROL INTERNO



PROPOSITO

El cuerpo directivo y cada uno de los funcionarios de la ESE Hospital San Antonio de Padua de la Plata – Huila se comprometen a garantizar el desarrollo de los procesos y procedimientos y mecanismos de control, evaluación y de mejoramiento continuo de la entidad, que permita la autoprotección necesaria para garantizar una función administrativa transparente.

COMPONENTES

➤ **Ambiente de Control**

Conjunto de directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección de las organizaciones con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno

➤ **Evaluación del Riesgo**

Proceso dinámico e interactivo que le permite a la entidad identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales.

➤ **Actividades de Control**

Acciones determinadas por la entidad, generalmente expresadas a través de políticas de operación, procesos y procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección frente al logro de objetivos.

➤ **Información y Comunicación**

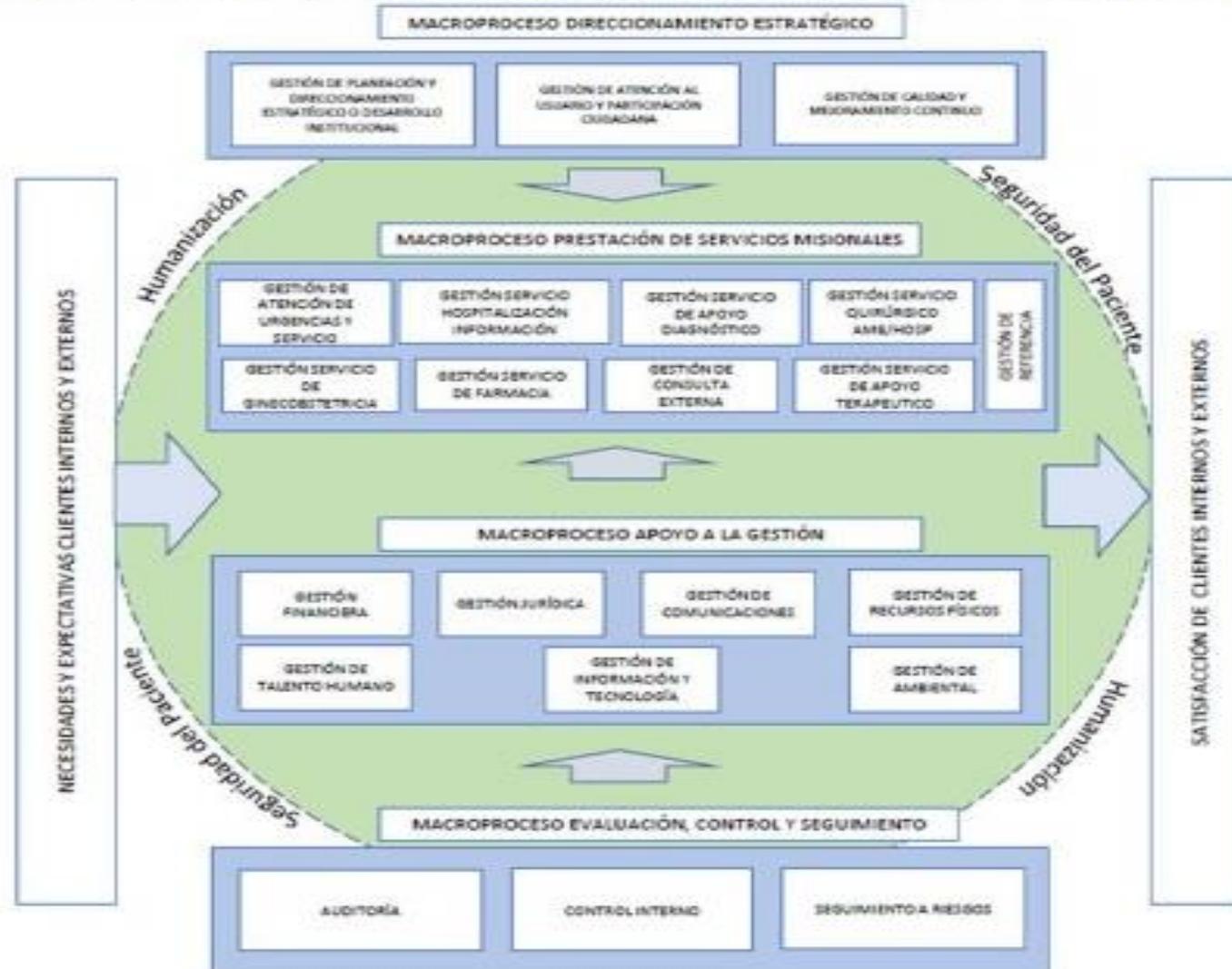
La información sirve como base para conocer el estado de los controles, así como para conocer el avance de la gestión de la entidad. La comunicación permite que los servidores públicos comprendan sus roles y responsabilidades, y sirve como medio para la rendición de cuentas.

➤ **Actividades de Monitoreo**

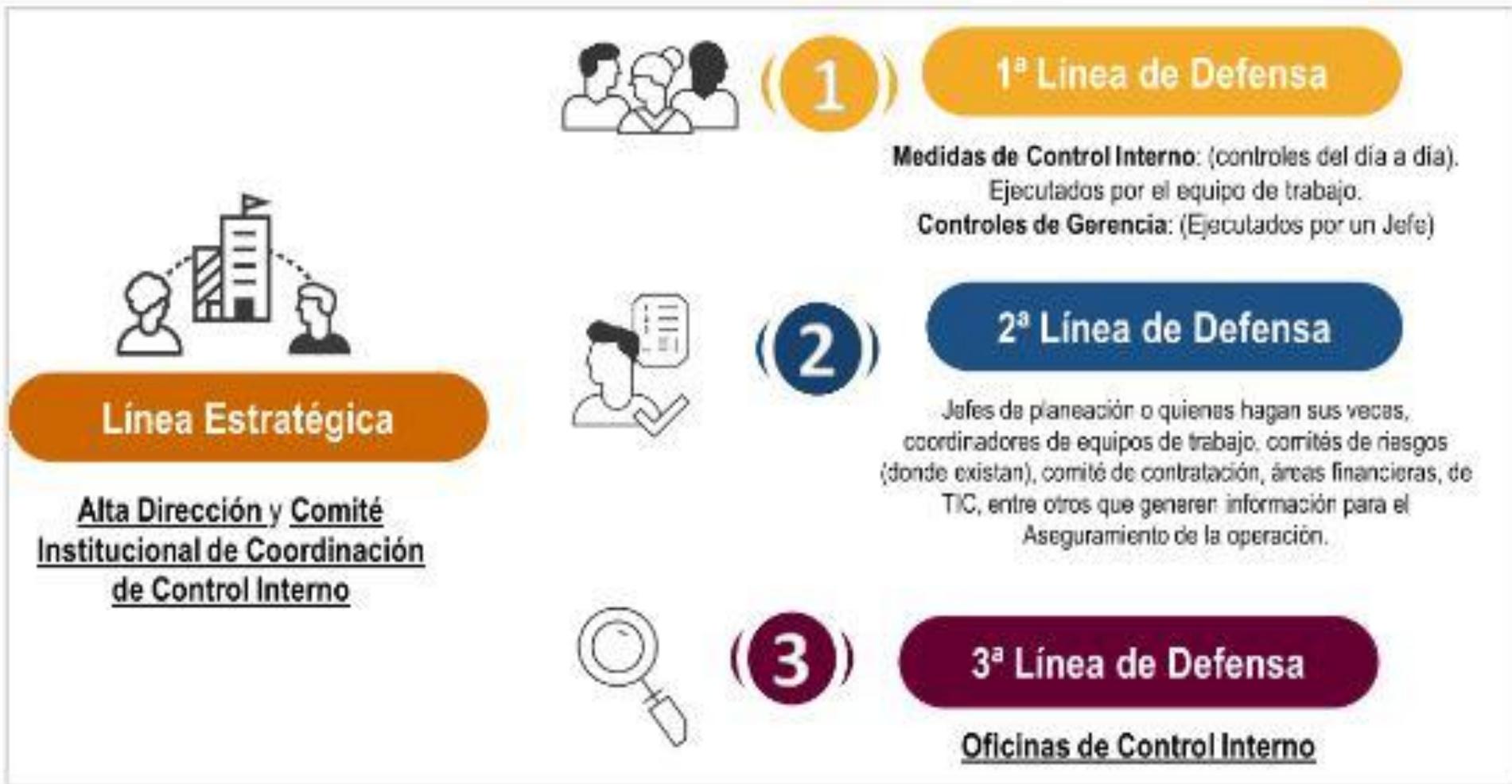
Busca que la entidad haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles, esto se puede llevar a cabo a partir de dos tipos de evaluación: concurrente o autoevaluación y evaluación independiente.



MAPA DE PROCESOS INSTITUCIONAL



LINEAS DE DEFENSA



INDICADORES

Indicador Informes:

Numero de informes realizados	<u>9</u>	53%
Numero de informes de ley a realizar	17	

Indicador Auditorias:

Numero de auditorias realizadas	<u>7</u>	46%
Numero de auditorias proyectadas en plan de auditorías	15	

POLÍTICA PÚBLICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

*Actualizada según Resolución 069 del
12 de marzo del 2025*



NORMATIVIDAD RESOLUCIÓN 2063 DE 2017

Planificar y desarrollar las directrices que le permitan al Estado garantizar el derecho a la participación social en salud y su fortalecimiento; y a la ciudadanía la apropiación de mecanismos y condiciones para ejercer la participación con decisión para el cumplimiento del derecho a la salud en el marco de la Ley Estatutaria de Salud en armonización con la Política Integral de Atención en Salud (PAIS- MIAS).

ESTADO

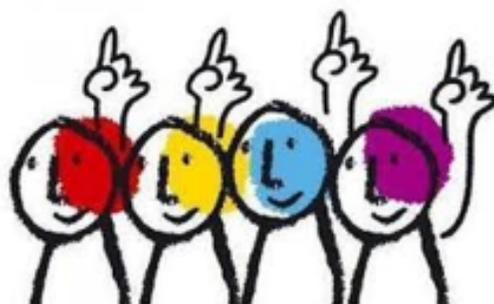
GARANTIZAR EL
DERECHO A LA
PARTICIPACIÓN
SOCIAL

CIUDADANIA

MECANISMOS Y
CONDICIONES
PARA EJERCER
LA
PARTICIPACIÓN

MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Son los diferentes escenarios a los cuales podemos pertenecer como usuarios de la salud.



En el Municipio

- ❑ **Servicio de Atención a la Comunidad (SAC):** Un espacio para la atención y orientación a los usuarios de los servicios de salud.
- ❑ **Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACO):** Espacios de participación y veeduría ciudadana en salud a nivel local.
- ❑ **Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud:** Instancias de participación y decisión en el ámbito territorial.
- ❑ **Veedurías Ciudadanas en Salud:** Mecanismos para el seguimiento y control social a la gestión de los servicios de salud.



En la Institución

- ❑ **SIAU- Sistema de Información y atención al usuario.**
- ❑ **Asociación de Usuarios:** grupo de personas afiliadas al sistema de salud que se organizan para velar por la calidad del servicio y la defensa de los derechos de los usuarios.
- ❑ **Comité de ética Hospitalaria:** grupo interdisciplinario de profesionales de la salud y otros miembros de la comunidad que se dedica a analizar dilemas éticos que surgen en la atención médica

LÍNEAS ESTRATEGICAS

Línea 1:

Fortalecimiento del reconocimiento de la ciudadanía activa en salud.

Estrategia 1: La

Institución cuenta con los recursos técnicos, logísticos, operativos, financieros y humanos, así mismo, se incorpora un enfoque diferencial en el desarrollo de los espacios de participación en salud y en la implementación de los programas del sector.

Línea 2: Fortalecimiento institucional para profundizar la ciudadanía activa en salud.

Estrategia 2: Propender por la representatividad institucional, que facilite la coordinación entre los usuarios del Sistema de Salud y los entes responsables y vinculados con la salud (asociación Usuarios y gremios de la producción), fortaleciendo los mecanismos de información y comunicación incluido el acceso a medios, redes sociales, boletines y periódicos, que posibilite espacios a las organizaciones para impulsar y visibilizar sus procesos participativos.

Línea 3:

Fortalecimiento de la organización social autónoma en salud y de las formas de participación en salud.

Estrategia 3: Conformar y/o consolidar mecanismos y espacios en busca de la participación ciudadana, Implementando una estrategia de comunicación e información para la promoción y socialización de una cultura de bienestar y salud con perspectiva comunitaria

Línea 4: Articulación de acciones de la E.S.E. HDSAP con los grupos de valor y asociación de usuarios para el crecimiento continuo.

Estrategia 4:

Implementar los mecanismos que permitan fortalecer la participación ciudadana en el análisis de información para que esta contribuya a que las autoridades hagan un manejo transparente de los asuntos y recursos públicos

Línea 5:

Fortalecimiento de la gestión social territorial en el occidente del Huila para la garantía del derecho a la salud.

Estrategia 5: La institución dará cumplimiento al direccionamiento del ente territorial.

MECANISMOS DE SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

EVALUACIÓN

- ✓ Monitoreo de seguimiento del comportamiento de los indicadores
- ✓ Informe de cumplimiento a las 23 actividades del Plan anexo.
- ✓ Indicadores de seguimiento a los objetivos establecidos en la política.

1. INDICADORES DE LA POLÍTICA

Proporción de PQRSF Gestionados

(Número de PQRSF Gestionadas / Número de PQRSF recepcionadas) x 100

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025													
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR	18	13	22	26	20	33	25						157
DENOMINADOR	18	13	22	26	20	33	25						157
RESULTADOS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%

- Apertura de buzón de lunes a viernes días hábiles en compañía del representante de la Asociación ASOSALUD H.D.S.A.P.
- Clasificación de cada una y radicación.
- Socialización con cada uno de los Líderes y Agremiaciones, supervisor de contratos.
- Respuesta a usuarios cumpliendo los tiempos establecidos por la Supersalud y la normatividad vigente.
- La subgerencia, la gerencia y calidad tiene conocimiento de cada una de la PQRS.
- Los planes de mejora están a cargo de las agremiaciones y supervisores de contrato.

2. INDICADORES DE LA POLÍTICA

- ✓ **Medición de la adherencia de la PPSS** (Número de Colaboradores a quien se Socializo la PPSS / Número de Colaboradores de la E.S.E) x 100

FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Numero de colaboradores que respondieron a las preguntas de participación social en salud.
	Fuente del numerador: Reporte del prestador del servicio/ oficina de SIAU ciudadana
	Denominador: Total de colaboradores Socializados en la Política de participación Social en Salud
	Fuente del denominador: La base de colaboradores de la Institución para la vigencia 2025 es de 457
	Unidad de medida: Porcentaje (100%)
META:	≥85%
PERIODICIDAD	Mensual

RESULTADOS DE LA MEDICION													
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR								65					65
DENOMINADOR								65					65
RESULTADOS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	100%
META:	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%

GRAFICA DE RESULTADOS

Cronograma Plan de Acción PPSS-23

Actividades- SIAU

Capacitar a colaboradores de la Institucion en el fomento y gestion de procesos participativos en el desarrollo de la PPSS.	A01	Divulgación de derechos y deberes de los usuarios por parte de los funcionarios de la E.S.E HDSAP	SIAU
Capacitar a colaboradores de la Institucion en el fomento y gestion de procesos participativos en el desarrollo de la PPSS.	A01	Oportuna respuesta a PQRS según ABC de calidad	SIAU
Capacitar a colaboradores de la Institucion en el fomento y gestion de procesos participativos en el desarrollo de la PPSS.	A01	Difusión de los derechos y deberes a los usuarios de la E.S.E HDSAP	SIAU
Capacitar a colaboradores de la Institucion en el fomento y gestion de procesos participativos en el desarrollo de la PPSS.	A01	Incremento de la satisfacción global de los usuarios en los servicios prestados	SIAU
Lograr la participación de los diferentes sectores en la toma de decisiones en la junta directiva	A01	Establecer los mecanismos que habiliten a los ciudadanos a involucrarse en la gestión del sector salud a nivel territorial e institucional.	SIAU
Fortalecer la operatividad de la Asociación de Usuarios	A01	Ejecución de las asambleas generales de la asociación de usuarios de la ESE y la zona de influencia	SIAU
Participacion activa en la junta directiva del representante de la asociacion de usuarios de la ESE	A01	Participar en las reuniones de junta directiva organizadas por el hospital departamental de San Antonio de Padua en la plata, Huila.	SIAU

Actividades- Calidad

Capacitar a la comunidad en temas de salud publica	A01	Ejecución jornada de capacitación para fortalecer la salud pública	CALIDAD (LIDER O A QUIEN DESIGNE)
Capacitar a la comunicad en el desarrollo de capacidades ciudadanas para el control social en la gestión pública	A01	Promover procesos de formación y entrenamiento para el fortalecimiento de habilidades ciudadanas en los ámbitos de control social en salud en temas vinculados a la gestión pública.	CALIDAD (LIDER O A QUIEN DESIGNE)
Activar la participación ciudadana a través de la junta directiva en la gestión de la institución	A01	Ejecución del plan anual de capacitaciones de la junta directiva, asociación de usuarios y comunidad en general	CALIDAD (LIDER O A QUIEN DESIGNE)
Realizar una jornada de capacitación acerca del fortalecimiento y promoción del control social en los funcionarios y la ciudadanía	A01	Establecer e instaurar una estrategia de capacitación orientada a los empleados y la población para potenciar y fomentar el control social en las entidades del sector de la salud.	CALIDAD (LIDER O A QUIEN DESIGNE)

Actividades- Humanización

Construir una cultura organizacional orientada al servicio humanizado mediante el fortalecimiento de las competencias del talento humano que contribuya a la cadena de valor de E.S.E HDSP	A01	Socialización y adherencia del Programa y política (6 líneas) de Humanización en la Institución.	HUMANIZACION
--	-----	--	--------------

Actividades- SG-SST

Construir una cultura organizacional orientada al servicio humanizado mediante el fortalecimiento de las competencias del talento humano que contribuya a la cadena de valor de E.S.E HDSP	A01	Ejecución de la inducción y re inducción a colaboradores de la ESE	SST
--	-----	--	-----

Actividades-Mercadeo y Sistemas

Definir un espacio de información donde la comunidad tenga fácil acceso al conocimiento de los procesos participativos	A01	Informe de seguimiento de los diferentes canales de acceso que tiene la Institucion.	MERCADEO
Convocar a la comunidad y servidores públicos a la rendición de cuentas del H.D.S.A.P	A01	Espacios de participación que reconozca las dinámicas territoriales y comunitarias del sector salud	MERCADEO
Hacer uso de los televisores, pagina web y redes sociales (facebook) de la institución para promover una cultura de bienestar y salud	A01	Informe de las publicaciones ejecutadas en fortalecimiento de la cultura de bienestar	MERCADEO - SISTEMAS
Fortalecer los canales de comunicación existentes en la institución	A01	Optimizar el acceso de los ciudadanos a la información mediante el uso de las tecnologías fortaleciendo la gestión pública.	MERCADEO

Actividades- Planeación

Realizar rendición de cuentas como dispositivo que permita la participación ciudadana en la gestión de la ESE y conocer sus avances	A01	Promoción de la participación activa de los ciudadanos en el evento de presentación de resultados anual de la institución	PLANEACIÓN
---	-----	---	------------

Actividades- Todo el Equipo

M05	Capacitar a colaboradores de la Institución en el fomento y gestión de procesos participativos en el desarrollo de la PPSS.	A01	Implementación de métodos de participación comunitaria dentro la organización de los municipios de la zona de influencia de la E.S.E HDSP	TODO EL EQUIPO
M01	Socializar ante los usuarios del área de influencia, los diferentes canales de acceso a la información institucional	A01	Encuentro con los miembros de la junta directiva de las asociaciones de usuarios del área de influencia y la comunidad en su conjunto	TODO EL EQUIPO
M01	Socializar antes los representantes de la junta directiva de asociación de usuarios y comunidad en general el protocolo de atención preferencial para grupos étnicos, adulto mayor, niños niñas y adolescentes, mujeres gestantes, comunidad Room, Enfoque de Género y población en condición de discapacidad	A01	Conversación Informativa con las comunidades del área de influencia, divulgando el protocolo de atención preferencial y la inclusión de la PPSS.	TODO EL EQUIPO
M01	Socializar antes los miembros de la junta directiva de la asociación de usuarios de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua los derechos y deberes de los usuarios en las instituciones de salud y EAPB	A01	Interacción con los integrantes de la asociación de usuarios de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de la Plata Huila	TODO EL EQUIPO
M01	Estrategia de información y comunicación definida para promover la cultura de bienestar en la comunidad en los espacios de incidencia de la PPSS	A01	Encuentros de interacción social para impulsar la PPSS y portafolio de servicios, fomentando el bienestar de la comunidad en la prestación de servicios.	TODO EL EQUIPO

23 actividades programadas/ 15 actividades ejecutadas durante la vigencia avance en un 70% faltan por ejecutar 8 actividades.

1. Divulgación de derechos y deberes de los usuarios por parte de los funcionarios de la E.S.E HDSAP
2. Divulgación deberes y derechos de los usuarios
3. Oportunidad de respuesta de la PQRS según las ABC.
4. Incremento de la Satisfacción del usuario en un
5. Participación ciudadana Asociación de usuarios.
6. Participación activa de la Junta directiva.
7. Ejecución de inducción y re inducción SST
8. Socialización y adherencia del Programa y política (6 líneas) de Humanización en la Institución
9. Informe de seguimiento de los diferentes canales de acceso que tiene la Institución.
10. Espacios de participación que reconozca las dinámicas territoriales y comunitarias del sector salud- rendición de cuentas
11. Hacer uso de los televisores, pagina web y redes sociales (Facebook) de la institución para promover una cultura de bienestar y salud.
12. Fortalecer los canales de comunicación existentes en la institución
13. Establecer los mecanismos que habiliten a los ciudadanos a involucrarse en la gestión del sector salud a nivel territorial e institucional.
14. Ejecución de las asambleas generales de la asociación de usuarios de la ESE y la zona de influencia
15. Interacción con los integrantes de la asociación de usuarios de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de la Plata Huila

POLÍTICA SERVICIO AL CIUDADANO

Actualizada Según Resolución 141
del 19 de mayo del 2025



- La Política de Servicio al Ciudadano de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata, Huila, se establece como un componente fundamental para garantizar la prestación de servicios de salud con calidad, oportunidad, eficiencia y humanización, promoviendo una gestión pública transparente y centrada en el ciudadano.



¿QUE DEBEMOS GARANTIZAR?

✓ Acceso equitativo y sin barreras a los servicios.

✓ Atención preferencial y diferencial a población prioritaria.

✓ Trato digno, humanizado y respetuoso.

✓ Garantía de derechos y cumplimiento de deberes en salud.

✓ Participación ciudadana y control social.

✓ Transparencia y acceso a la información pública.

✓ Transparencia y acceso a la información pública.

✓ Mejora continua en la atención, en cumplimiento del MIPG.

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata, Huila reconoce la importancia de consolidar una Política de Servicio al Ciudadano que oriente la gestión institucional hacia un servicio cercano, humanizado y transparente, promoviendo la participación ciudadana y la rendición de cuentas, y garantizando el cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios en el acceso y disfrute de los servicios de salud.

LÍNEAS ESTRATEGICAS

Todos somos Atención al Usuario: Los colaboradores son el gran factor de éxito que facilita la gestión y el logro de los objetivos de la política de servicio y atención al usuario.

Socialización y divulgación derechos y deberes: Dar a conocer a los usuarios y funcionarios del Hospital San Antonio de Padua los derechos y deberes, con el fin de garantizar el pleno cumplimiento de los mismos.

Adecuación de la prestación del servicio: Brindar atención preferencial e incluyente a niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, mujeres embarazadas, personas en situación de vulnerabilidad y/o personas en condición de discapacidad

Incentivos a los colaboradores: A partir de las felicitaciones recibidas por los usuarios se implementarán incentivos a los colaboradores que hayan sido felicitados por su buena atención.

Retroalimentación de los requerimientos de los usuarios:

Dar a conocer de manera mensual a cada líder del proceso y/o servicio las PQRs, necesidades o expectativas de los usuarios y de esta manera garantizar el efectivo ejercicio de sus derechos

Acceso a la información: . La divulgación proactiva de la información pública y la respuesta a PQRs, de manera adecuada, veraz, oportuna y accesible a las solicitudes de información realizadas por los usuarios

Uso del lenguaje claro: La información que se transmita a través de todos los canales institucionales debe ser en lenguaje claro, homogénea, oportuna, objetiva, veraz, completa, actualizada, accesible y motivada.

Socialización de la Política de Servicio al Ciudadano y la carta del trato digno al usuario: Difundir por diferentes medios de comunicación tanto institucional como sociales la política de servicio al ciudadano y la carta del trato digno al usuario con el fin de dar a conocer estrategias de atención y comunicación con nuestros ciudadanos usuarios

Metas

POLITICA	META/ESTRATEGIA	PRODUCTO	INDICADOR
POLITICA DE SERVICIO AL CIUDADANO.	Reactivación asociación de usuarios Conformación de la Nueva Asociación de Usuarios.	Reactivación asociación de usuarios Conformación de la Nueva Asociación de Usuarios.	No. Mesas de trabajo realizadas / No. Mesas programas en la vigencia
	Fortalecer la oportunidad en la asignación de citas Agendas abiertas	Fortalecer la oportunidad en la asignación de citas Agendas abiertas	Número de citas cumplidas / Número de citas asignadas
	Cumplimiento de las actividades establecidas en el cronograma de la PPSS	Articulación con los principales actores de la salud de la comunidad con la zona de influencia para la presentación de la PPSS Institucional	Número de actividades de PPSS realizadas / número total de actividades programadas en la vigencia
	Divulgar a los funcionarios del Hospital San Antonio de Padua los derechos y deberes.	Apropiación de derechos y deberes por parte de los funcionarios del HDSAP	Socialización y evaluación de deberes y derechos de los colaboradores / total de colaboradores de la ESE
	Analizar y dar respuesta a la percepción de los usuarios teniendo en cuenta las manifestaciones que se receptionan en cualquiera de los canales de atención y servicio al usuario.	Cumplimiento oportuno en la respuesta de PQRS según ABC de calidad	Número de PQRS resueltas mensualmente dentro de los términos legales/total de PQRS recibidas por los diferentes canales de atención
	Medir el grado de satisfacción de los usuarios, identificando sus necesidades, expectativas y prioridades, en relación con los servicios que la ESE ofrece.	Aumento gradual de la satisfacción global de los usuarios por los servicios prestados.	Usuarios satisfechos con los servicios recibidos / el número de usuarios que respondieron la pregunta

Reactivación asociación de usuarios Conformación de la Nueva Asociación de Usuarios.

No. Mesas de trabajo realizadas **1** / No. Mesas programas en la vigencia **2**

Fortalecer la oportunidad en la asignación de citas Agendas abiertas

Número de citas cumplidas **20,735**/ Número de citas asignadas **25.632**.

Implementación de la Política de Participación Social en Salud PPS

Número de actividades de PPSS realizadas **15** / número total de actividades programadas en la vigencia **23**

Socialización de los derechos y deberes del Hospital San Antonio de Padua

Número de colaboradores a quienes se les efectúa la socialización **244** / total de colaboradores de la ESE **434**.

Análisis de la percepción de los usuarios

Número de PQRS resueltas mensualmente dentro de los términos legales **157** /total de PQRS recibidas por los diferentes canales de atención **157**.

Porcentaje de satisfacción global:

Numero de encuestas que cumplen con el criterio de satisfacción **4.724** / sobre el total de encuestas aplicadas por 100% **4,732**

INDICADORES DE ADHERENCIA

FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Numero de colaboradores que respondieron a las preguntas de Servicio al ciudadano												
	Fuente del numerador: Reporte del prestador del servicio/ oficina de SIAU ciudadana												
	Denominador: Total de colaboradores Socializados en la Política de Servicio al Ciudadano												
	Fuente del denominador: La base de colaboradores de la Institución para la vigencia 2025 es de 457												
	Unidad de medida: Porcentaje (100%)												
META:	≥95%												
PERIODICIDAD	Mensual												
DOMINIO	Experiencia de la atención												
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Coordinador SIAU												
RESULTADOS DE LA MEDICION													
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR								65					65
DENOMINADOR								65					65
RESULTADOS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
META:	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%

POLÍTICA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Actualizada según Resolución 236 del 14
de agosto del 2025



PARTICIPACIÓN CIUDADANA

La participación ciudadana es un pilar fundamental de la democracia y un componente esencial para la construcción de una sociedad más justa, inclusiva y transparente. A través de mecanismos efectivos de participación, se fortalece el vínculo entre la ciudadanía y la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua, permitiendo que las voces, necesidades y propuestas de la comunidad sean escuchadas y consideradas en los procesos de toma de decisiones.



OBJETIVO GENERAL

Fortalecer y garantizar la participación inclusiva y efectiva de la ciudadanía en la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de la política que facilite la efectiva participación ciudadana al interior de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua.

Mecanismos de participación ciudadana

1. Audiencia pública de rendición de cuentas

2. Rendición de cuentas

3. Veeduría Ciudadana

4. Comité de Ética Hospitalaria

5. Mecanismos Para Interponer PQRSF

6. Presencial (Sistema de Información y Atención al Usuario - SIAU)

Así mismo, las metas y ejecución de la Política de Participación Ciudadana estarán ligadas a la ejecución y seguimiento del Plan de Mejora Integrado MIPG proyectado para la política en cada vigencia, de acuerdo con la detección de hallazgos FURAG y a las recomendaciones que emita el Departamento Administrativo de la Función Pública para la entidad.

ESTRATEGIAS DE EJECUCIÓN



ESTRATEGIAS	Responsables	Rol
Ejecución rendición de cuentas	Lideres del proceso	Facilitadores
Capacitaciones miembros asociación de usuarios	Oficia de SIAU	Capacitador
Socialización de la política y medición de la adherencia	Oficia de SIAU	Facilitadores
Diligenciamiento del FURAG	Oficia de SIAU Líder MIPG	Facilitadores

Mecanismos de medición y análisis de evaluación.

☐ Seguimiento: Tasa de satisfacción global

PROCESO:	GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA												Días
NOMBRE DEL INDICADOR:	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS												
CODIGO:	P. 3.14												
MARCO NORMATIVO	Resolución 0256 de 2016												
DEFINICIÓN:	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos en la IPS.												
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?												
	Fuente del numerador: Reporte de la oficina de SIAU												
	Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta												
	Fuente del denominador: Reporte de la oficina de SIAU												
	Unidad de medida: Por 100(%)												
META:	95%												
PERIODICIDAD:	Mensual												
DOMINIO:	Experiencia de la atención												
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de SIAU												
RESULTADOS DE LA MEDICION 2025													
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ANUAL
NUMERADOR	689	766	734	826	804	905	744						5468
DENOMNADOR	690	766	738	826	806	906	745						5477
RESULTADOS	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%						99,8%

- Medición: Numero de encuestas que cumplen con el criterio de satisfacción

ENCUESTAS APLICADAS I SEMESTRE 2025							
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL II TRIMESTRE
SERVICIO	ENCUESTA APLICADA POR SERVICIO Y ESPECIALISTA	TOTAL ENCUESTAS					
GINECOLOGIA	35	40	40	40	41	40	236
MEDICINA INTERNA	40	50	40	40	40	40	250
PEDIATRIA	30	40	40	43	40	40	233
ORTOPEDIA	40	45	40	40	40	50	255
ANESTESIA	20	20	20	20	21	26	127
PSICOLOGIA	20	20	20	20	20	36	136
OTORRINO	27	40	40	32	40	40	219
ECOGRAFIAS G/O	40	40	35	38	32	40	225
UCI	20	20	15	22	21	20	118
TAC	33	10	22	29	25	25	144
OBSTETRICIA	22	23	22	21	21	25	134
LABORATORIO	26	25	25	27	25	26	154
QUIROFANO	25	31	20	29	20	23	148
HOSPITALIZACION	31	31	31	41	34	32	200
REFERENCIA	20	20	20	20	20	20	120
UROLOGIA	20	26	20	20	26	25	137
TERAPIA	21	20	25	22	22	25	135
NUTRICION	20	18	22	20	22	23	125
CIRUGIA	20	19	25	22	22	31	139
RAYOS X	30	37	36	31	35	40	209
ECOGRAFIAS PEREZ	34	43	39	39	40	40	235
CARDIOLOGIA	7	11	13	11	10	10	62
URGENCIAS	99	125	116	184	174	203	901
GASTROENTEROLOGIA	10	12	12	15	15	26	90
TOTAL A REALIZAR SACANDO EL 10% DE LA CANTIDAD E USUARIOS DEL MES ANTERIOR	690	766	738	826	806	906	4732

INDICADORES

(Número de actividades realizadas del plan de acción integrado MIPG)/(Número de actividades programadas del plan de acción integrado MIPG) x 100

9 actividades realizadas /12 actividades programadas.

(Número de capacitaciones realizadas en participación ciudadana en la vigencia)/(Número de capacitaciones programadas) x 100

Capacitaciones realizadas 1/ capacitaciones programadas 2

(Número de colaboradores a los cuales se les socialización y evaluó la política)/(Número de colaboradores de la E.S.E) x 100

**Colaboradores socializados en la política de Participación ciudadana 65/
colaboradores evaluados 65**

- ❑ Evaluación: El desempeño al seguimiento a la política de participación ciudadana, mediante el diligenciamiento del FURAG para cada vigencia.

<p>Gobierno Digital</p>	<p>Efectuar jornada de socialización y sensibilización a los usuarios relacionadas con: Acceso a información publicada en la sede electrónica de la entidad Uso de canales de atención virtual Gestión de PQRSD a través de la sede electrónica de la entidad Acceso a trámites y servicios digitales dispuestos por la entidad a través de su sede electrónica Participación en la gestión institucional a través de medios digitales</p>	<p>Septiembre 30 de 2024</p>	<p>Informe Jornada de Socialización y Sensibilización</p>	<p>Lider de Mercadeo Lider SIAU</p>	<p>PENDIENTE</p>
--------------------------------	---	------------------------------	--	--	-------------------------

Servicio al Ciudadano	Actualizar la Política de Servicio al Ciudadano	Junio 30 de 2025	Política de Servicio al ciudadano Actualizada	Lider de SIAU	EJECUTADA
	Proyectar y ejecutar la estrategia anual de servicio o relacionamiento con la ciudadanía de la entidad, para la vigencia 2025	Junio 30 de 2025	Estrategia de Servicio o Relacionamiento con la Ciudadanía	Lider SIAU	EJECUTADA
	Documentar y socializar las buenas prácticas de relacionamiento con la ciudadanía	Julio 30 de 2025	Buenas Practicas y Lecciones aprendidas documentadas en el formato Institucional	Lider de SIAU	EJECUTADAS
	Medir la satisfacción de los usuarios respecto a los siguientes parametros: -Los usuarios se encuentran satisfechos con la información que está disponible en el sitio web de la entidad. -Encuentran en las redes sociales de la entidad información útil que atiende sus necesidades e intereses. -Se encuentran satisfechos con la información que reciben de la oficina SIAU. -Pueden acceder a información publicada en medios no digitales (carteleros o tableros ubicados en sitios abiertos al público) -Están satisfechos con los canales de comunicación a través de los cuales se les brinda la información	Septiembre 30 de 2025	Informe de satisfaccion de usuarios	Lider de SIAU Lider Mercadeo	PENDIENTE
	Generar los informes mensuales de Seguimiento a PQRS y encuestas de satisfaccion	Mensual	Informes Mensuales de Seguimiento a PQRS y encuestas de satisfaccion	Lider de SIAU	EJECUTADA
	Efectuar jornadas de capacitacion relacionada con las siguientes tematicas: -Protocolos de servicio y relacionamiento con la ciudadanía para todos los canales de atención. -Evaluación del servicio y medición de la experiencia ciudadana. -Gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD) -Servicio ciudadano incluyente -Accesibilidad y de relacionamiento con personas en condición de discapacidad. -Lenguaje claro	Trimestral	Informes de Capacitacion	Lider de SIAU	EJECUTADA

Participacion Ciudadana	Efectuar una jornada de capacitacion relacionada con la tematica de Rendicion de cuentas y control social	Mayo 30 de 2025	Informe Jornada de capacitacion	Lider de SIAU Lider de Planeacion	EJECUTADA
	Dar cumplimiento a la implemtacion de las fases para ejecucion de la Rendicion de cuentas en la entidad.	Mayo 30 de 2026	Informe de Evaluacion de la implementacion de Rendicion de cuentas	Lider de SIAU Lider de Planeacion	EJECUTADA
	Formular/ Documentar la estrategia para el fortalecimiento de la relación con la ciudadanía y grupos de valor que incluya: Acciones para la rendición de cuentas Acciones para promover y facilitar el control social Acciones para la participación ciudadana en cada fase del ciclo de la gestión pública	Junio 30 de 2025	Estrategia para el fortalecimiento de la relación con la ciudadanía y grupos de valor	Lider de SIAU Lider de Planeacion	PENDIENTE
	Actualizar la Politica de Participacion Ciudadana de la entidad	Julio 30 de 2025	Guia de Rendicion de cuentas	Lider de SIAU Lider de Planeacion	EJECUTADA
	Identificar las condiciones de entorno social, económico, político, ambiental y cultural para afectan el desarrollo de la rendición de cuentas 2025		Informe de Identificacion de condiciones	Lider de SIAU Lider de Planeacion	EJECUTADA



E.S.E
HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA

— *Salud Integral, Impacto Real* —

POLÍTICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL **SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PRIMER SEMESTRE** **2025**

WILFRIDO CARDENAS LOPEZ
Líder Gestión Documental
Tecnólogo Profesional en Gestión Documental
No TARJETA PROFESIONAL 4.153

INTRODUCCION

En el contexto de la modernización del Estado y la mejora continua en la administración pública, la Gestión Documental se ha convertido en un pilar fundamental para garantizar la eficiencia, la transparencia y la accesibilidad de la información en las entidades del sector público en Colombia. La Política de Gestión Documental, enmarcada dentro del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), establece lineamientos y estrategias que permiten la adecuada administración de los documentos e información institucional a lo largo de su ciclo de vida, asegurando su disponibilidad, integridad y conservación.

OBJETIVO

Establecer lineamientos y directrices para la gestión eficiente, organizada y segura de la documentación en la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua, garantizando su correcta producción, administración, conservación, disposición y acceso, en cumplimiento de la normatividad vigente y en alineación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

ALCANCE

La Política de Gestión Documental de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua se aplica a todos los procesos de la institución, abarcando desde la creación hasta la disposición final de los documentos. Esta política involucra a todos los colaboradores y áreas de la entidad que participan en la generación y gestión de documentos, asegurando la correcta organización, conservación y disponibilidad de la información para la toma de decisiones pertinentes.

PROPOSITO

La Política de Gestión Documental de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua tiene como propósito establecer un marco normativo y operativo que garantice la adecuada administración, preservación y acceso a la información documental generada en la institución, asegurando su integridad, autenticidad, disponibilidad y seguridad

INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS
OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA



$$\frac{\# \text{peticiones gestionadas efectivamente}}{\# \text{peticiones recibidas}} \times 100$$

Periodicidad= mensual

RESPUESTA A SOLICITUDES DIRIGIDAS AL ARCHIVO CENTRAL DE ENERO A JUNIO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2025

$$\frac{21}{21} \times 100 : 100\% \text{ CUMPLIMIENTO}$$

ASUNTO	DEPENDENCIA QUE LO REQUIERE	RESPUESTA CON FECHA
PETICION COLPENSIONES – PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL MARIA NANCY HERRERA PERALTA	OFICINA DE RECURSOS H	09-01-2025
PETICION DOCUMENTOS Y ANALISIS CLINICO – CASO JOHANA PATRICIA ALZATE RAMIREZ	OFICINA JURIDICA	14-01-2025
PETICION NOHORA MURCIA	OFICINA DE RECURSOS H	29-01-2025
PETICION JUZGADO – GLORIA ISABEL ARGUELLO	OFICINA JURIDICA	31-01-2025
SOLICITUD NORALBA ROSERO HURTADO – PAGOS DE PENSION	OFICINA DE RECURSOS H	26-02-2025
SOLICITUD DE DOCUMENTACION – CONTRATOS Y ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIO BLANCA RUBIELA CASTRO	OFICINA DE RECURSOS H	27-02-2025
PETICION NORMA CONSTANZA RAMIREZ CASTRO	OFICINA DE RECURSOS H	28-02-2025
PETICION MARIA NANCY HERRERA PERALTA – PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL	OFICINA DE RECURSOS H	28-02-2025
SOLICITUD DE INFORME DE CONTROL – ACTIVIDADES REALIZADAS VIGENCIA 2024	REVISORIA FISCAL	26-02-2025
PETICION COLPENSIONES – CANO SILVA CIELO STELLA	OFICINA JURIDICA	19-03-2025
PETICION COLPENSIONES – LUBIDIA CASTILLO CALDERON	OFICINA JURIDICA	19-03-2025
PETICION COLPENSIONES – DELIA BERTILDA MEDINA GARCIA	OFICINA JURIDICA	19-03-2025
PETICION COLPENSIONES – LOPERA RESTREPO JOSE	OFICINA JURIDICA	19-03-2025
PETICION JUZGADO SOLICITUD DE CONTRATOS AGREMIACION SINDICAL PROACTIVA	OFICINA JURIDICA	23-03-2025
SOLICITUD RUBIELA QUEBEDO - PAGO RESOLUCION 262 DEL 2022	OFICINA DE PAGADURIA	10-04-2025
SOLICITUD DE INFORMACION PORVENIOR PAGOS DE PENSION	OFICINA DE RECURSOS H	14-05-2025
PETICION JUZGADO	OFICINA JURIDICA	21-05-2025
PETICION JUZGADO	OFICINA JURIDICA	26-05-2025
PETICION JUZGADO	OFICINA JURIDICA	27-05-2025
PETICION CONTRALORIA	OFICINA PAGADURIA	05-06-2025
SOLICITUD DE INFORMACION DE CONTRATOS DE PROACTIVA	OFICINA DE RECURSOS H	25-06-2025
TOTAL	21	

Salud Integral, Impacto Real

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

EVIDENCIAS BUSQUEDA DE INFORMACION



TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES AL ARCHIVO CENTRAL DE ENERO A JUNIO 2025 – TOTAL 29 TD

 FORMATO DE INFORME EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		Fecha: 05/11/2024 Código: MDE-GPDI-GD-F-004 Versión: 03 Página: 6 de 17
+ TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES AL ARCHIVO CENTRAL DE ENERO A JUNIO 2025		
ASUNTO	DEPENDENCIA	FECHA DE TRANSFERENCIA
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	05-01-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	14-01-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	14-01-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	14-01-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	14-01-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	14-01-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	14-01-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	PSICOLOGIA	15-01-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	SIAU	21-01-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	TRABAJO SOCIAL	21-01-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	HUMANIZACION	27-01-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	EPIDEMIOLOGIA	31-01-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	FARMACIA	17-02-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	CALIDAD	24-04-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	TALENTO HUMANO	28-05-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	SECRETARIA DE GERENCIA	23-05-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	11-04-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	11-04-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	11-04-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	11-06-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	11-06-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	11-06-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	11-06-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	11-06-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	11-06-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	11-06-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	11-06-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	12-06-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	ARMADO DE CUENTAS	16-06-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	LABORATORIO	26-06-2025
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	SECRETARIA DE GERENCIA	27-06-2025
TOTAL DE TRANSFERENCIAS RECIBIDAS EN EL ARCHIVO CENTRAL		29

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no válido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

EVIDENCIAS TRANSFERENCIA DOCUMENTAL



INDICADOR

de actividades realizadas x 100
de actividades programadas de gestión documental planeadas en el año

Periodicidad= anual

ASPECTOS CRÍTICOS PARA PRIORIZAR EN LA VIGENCIA 2025	OBJETIVO	ACCIONES
Organización del Sistema de Archivo	Contar con Tablas de Retención actualizadas.	<p>Gestionar presupuesto para la implementación de las TRD</p> <p>Revisión y actualización del Organigrama del Hospital San Antonio de Padua, como herramienta fundamental de la implementación de las TRD</p> <p>Plan de implementación de las Tablas de Retención Documental para ESE San Antonio de Padua</p> <p>Cumplir con lo establecido en el acuerdo 001 del 09 de febrero del 2024 CAPÍTULO 1</p> <p>Tablas de Retención Documental y Tablas de Valoración Documental</p> <p>SECCIÓN 1</p> <p>Elaboración y aprobación de las Tablas de Retención Documental - TRD y Tablas de Valoración Documental - TVD</p>
Aplicativos informáticos para la gestión de documentos.	Implementar la Gestión Electrónica de Documentos, como estrategia para alcanzar el flujo de información confiable para la toma de decisiones y la articulación de los procesos y proyectos del Hospital San Antonio de Padua.	<p>Gestionar los recursos tecnológicos (escáner, impresora, computador, disco duro externo).</p> <p>Inicio del proceso de Digitalización de documentos</p>
Estantería rodante para la clasificación, organización, conservación de los documentos y poder darle su respectiva disposición final.	Conservar la documentación y cumplir con las normas establecidas y poder hacer su respectiva clasificación.	Gestionar los recursos administrativos (estantería, cajas, señalización, aire acondicionado, trituradora de papel)
Falta de equipos de oficina	Poder obtener los equipos de oficina y así cumplir con mayor facilidad las actividades programadas	Gestionar los recursos tecnológicos (escáner, disco duro externo).

ACCIONES CONCRETADAS DE CADA ACTIVIDAD PROGRAMADA

ASPECTOS CRÍTICOS PARA PRIORIZAR EN LA VIGENCIA 2025	OBJETIVO	ACCIONES
Organización del Sistema de Archivo	Contar con Tablas de Retención actualizadas.	se manifiesta por parte del asesor financiero que hay una asignación de un rubro para la contratación de realización de T.R.D, se realiza una propuesta a la junta directiva de un organigrama para la aprobación ESTA PENDIENTE PARA AJUSTE Y MODIFICACIONES PARA UNA APROBACION y se envía propuesta para realización de TRD, al gerente mediante radicado G12025000213 DEL DIA 29/04/2025 en coherencia con los resultados obtenidos en el Plan Operativo Anual por Componentes 0.35 o 35%
Falta de equipos de oficina	Poder obtener los equipos de oficina y así cumplir con mayor facilidad las actividades programadas	Gestionar los recursos tecnológicos (escáner, disco duro externo). El área de gestión documental cuenta con una dotación de equipos de oficina como los son: computador, scanner y impresora, queda pendiente un disco duro donde se pueda guardar y suministrar toda la información que lleva el área de gestión documental el cual nos dará mayor seguridad y custodia de la información. 90%, ponderación de 0.9
Aplicativos informáticos para la gestión de documentos.	Implementar la Gestión Electrónica de Documentos, como estrategia para alcanzar el flujo de información confiable para la toma de decisiones y la articulación de los procesos y proyectos del Hospital San Antonio de Padua.	Gestionar los recursos tecnológicos (escáner, impresora, computador, disco duro externo). Inicio del proceso de Digitalización de documentos: se da inicio al proceso de digitalización de Historias Laborales el cual se lleva un porcentaje de cumplimiento del 43,82 % por tanto la ponderación sería 0.43

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: MDE-GPDI-GD-F-004 Versión: 03 Página: 15 de 20

ACCIONES CONCRETADAS DE CADA ACTIVIDAD PROGRAMADA

<p>Estantería rodante para la clasificación, organización, conservación de los documentos y poder darle su respectiva disposición final.</p>	<p>Conservar la documentación y cumplir con las normas establecidas y poder hacer su respectiva clasificación.</p>	<p>Gestionar los recursos administrativos (estantería, cajas, señalización, aire acondicionado, trituradora de papel), la institución ha logrado un gran avance dotando al área de gestión documental con 8 cuerpos de estantería rodante, dentro del plan institucional y plan de desarrollo se dejó establecido la compra de la estantería que hace falta y así poder cumplir con el 100% de la actividad programada.</p> <p>El equipo de archivo ha realizado las actividades cotidianas que han permitido tener una organización documental adecuada para el acceso y mayor facilidad de la búsqueda de los documentos, se han realizado los acercamientos para la asignación de recursos, pero a la fecha no se ha materializado. El equipo de Gestión Documental se compromete que a más tardar el 10 de julio radicará oficio haciendo la solicitud formal. En ese orden y en coherencia con la medición del Plan Operativo Anual por Componentes, el porcentaje de cumplimiento es del 10%, que equivale a una ponderación de 0.10.</p>
--	--	--

EJECUCION CON PORCENTAJE DE ACTIVIDADES

RESULTADO DEL INDICADOR

Actividades ejecutadas en la vigencia 2025

 Actividades programadas en el PINAR

$(1.78 / 4) \times 100$

44.5 %

ACTIVIDAD	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PONDERADO
Organización del Sistema de Archivo	35%	0.35
Aplicativos informáticos para la gestión de documentos.	43%	0.43
Estantería rodante para la clasificación, organización, conservación de los documentos y poder darle su respectiva disposición final.	10%	0.10
Falta de equipos de oficina	90	0.90
TOTAL, ACTIVIDADES CUMPLIDAS DEL SEMESTRE		1.78



E.S.E
HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA
— *Salud Integral, Impacto Real* —

INFORME DE SEGUIMIENTO A LA POLÍTICA DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

Primer Semestre - 2025

INTRODUCCION

La ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de la Plata – Huila está comprometido en el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud de la población del Municipio de La Plata Huila y municipios cercanos, se compromete a garantizar el manejo seguro del ambiente físico, gestionando el buen uso e identificando las necesidades, asegurando la seguridad en las obras civiles, fortaleciendo la cobertura de los servicios de la institución en condiciones de confiabilidad, eficiencia y eficacia del recurso físico, garantizando las óptimas condiciones de bienestar para el paciente.

JUSTIFICACION

Esta política se constituye como una herramienta básica y fundamental diseñada para implementar acciones tendientes a prevenir y/o corregir fallas en la infraestructura y dotación hospitalaria, brindando seguridad a usuarios internos y externos con ambientes adecuados de infraestructura, prestando un servicio de salud con instalaciones seguras, y agradables reduciendo riesgos en el personal.

OBJETIVO

Aplicar el mantenimiento de la infraestructura física y de la dotación hospitalaria, mediante mantenimientos preventivos y correctivos ajustado a la correcta ejecución de los recursos, optimización de trabajo y medios necesarios que permitan el adecuado funcionamiento, garantizando la seguridad de los pacientes y del personal administrativo de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua

ACCIONES DE MANTENIMIENTO

- Mantenimiento Preventivo
- Mantenimiento Correctivo
- Mantenimiento Predictivo
- Calibración
- Inspecciones
- Verificación Metrológica
- Equipo Biomédico
- Equipo De Mantenimiento

LINEAS DE INTERVENCION

Se establecen en dos frentes de trabajo, en mantenimiento de infraestructura y mantenimiento de la dotación para el funcionamiento de la institución.

Por ello, dentro del plan de mantenimiento de infraestructura se incluyen las actividades preventivas y correctivas de la dotación, asegurando su conservación, funcionalidad y vida útil, lo que contribuye a la seguridad y eficiencia en la atención hospitalaria.

MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA

**MANTENIMIENTO DE LAS
INSTALACIONES FISICAS**

**MANTENIMIENTO DE REDES
ELECTRICAS**

**ÁREAS ADYACENTES A LA
INFRAESTRUCTURA**

**OTROS PERTENECIENTES
A LA INFRAESTRUCTURA**

MANTENIMIENTO DE LA DOTACIÓN

**MANTENIMIENTO PLANTAS
ELECTRICAS – MOTOBOMBAS**

**MANTENIMIENTO EQUIPOS DE SISTEMAS
Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y
CORRECTIVO DE EQUIPOS DE
COMPUTO**

**MANTENIMIENTO DE ASCENSORES –
LAVADORAS Y SECADORAS
INDUSTRIALES**

**MANTENIMIENTO DE EQUIPOS
BIOMEDICOS**

**MANTENIMIENTO DE TANQUES
DE AGUAS Y AGUAS RESIDUALES**

**MANTENIMIENTO DE AIRES
ACONDICIONADOS Y CADENA DE FRIO**

**SERVICIO DE ORNATO Y
SEGURIDAD**

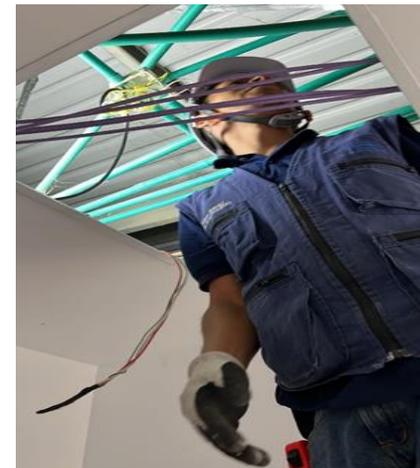
**MANTENIMIENTO DE LAS
UPS**

MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

Es importante resaltar que se adelantaron labores de pintura, corrección de filtraciones y humedades, mantenimiento preventivo y correctivos de baños, puertas, mobiliario, lámparas luminarias, en las unidades de Salas de Cirugía, pasillos,, Auditorio, Administración, Ginecología, Urgencias, pediatría, hospitalización, encaminadas al mejoramiento de la infraestructura hospitalaria.



MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA



CERRAMIENTO PERIMETRAL DE AISLAMIENTO Y SEGURIDAD SECTOR FRONTAL

Características Técnicas:

Se construyó un muro de cerramiento perimetral de una longitud de 225 Metros lineales.

Muro en ladrillo a la vista dos caras, con remate en alfajía en concreto reforzado, módulos de malla electrosoldada con tubería metálica rectangular. Soportada por columnas en concreto cimentadas en zapatas individuales, concreto ciclópeo y viga de sobrecimiento.

Reseña Fotográfica



CUBIERTA PARQUEADERO DE AMBULANCIAS

- Área de cubierta de 146 M2 con capacidad para 8 ambulancias.
- Estructura metálica cimentada sobre zapatas individuales en concreto reforzado
- Cubierta en teja UPCV azul sobre vigas y perfiles metálicos.
- Piso en concreto construido sobre superficie mejorada con material de relleno clasificado.
- Iluminación del área de cubierta.

Reseña Fotográfica



CUBIERTA ZONA DE COMIDAS

- Estructura de cubierta en el área se comidas, por módulos que permiten iluminación y aireación natural.
- Estructura metálica cimentada sobre zapatas individuales.
- Cubierta Metálica en teja UPCV, soportada sobre cerchas y perfiles metálicos, con canaletas y bajantes para disposición de aguas lluvias.
- Área cubierta: 82 M2

Reseña Fotográfica



INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PRIMER SEMESTRE 2025

$$\frac{\text{Número de actividades ejecutadas durante el año}}{\text{Número de actividades programadas durante el año}} \times 100$$

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
ACTIVIDADES REALIZADAS	186	210	227	215	203	244	1285
ACTIVIDADES PROGRAMADAS	248	265	255	260	275	261	1564

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	82%
-----------------------------------	------------

PROPORCIÓN DE INTERVENCIONES CORRECTIVAS OPORTUNAS

N.º de intervenciones correctivas oportunas antes de (12 h) en el periodo a evaluar

X 100

N.º total de intervenciones correctivas

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
N.º de intervenciones correctivas oportunas antes de (12 h) en el periodo a evaluar	57	82	68	71	52	71	401
Total de intervenciones correctivas	68	95	75	80	64	73	455

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO

88%

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS

N.º de intervenciones preventivas realizadas en el periodo evaluar _____ X 100

N.º de intervenciones programadas en el periodo a evaluar

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Numero de mantenimientos preventivos realizados	269	405	112	248	387	111	1532
Total de mantenimientos preventivos programados	278	406	112	257	394	112	1559

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	98%
-----------------------------------	------------

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

Total de Recursos Ejecutados en mantenimiento de la infraestructura y dotación
_____ X 100

Total de Recursos Apropriados en mantenimiento de la infraestructura y dotación

PRESUPUESTO INICIAL	VALOR APROPIADO	TOTAL PRESUPUESTO	5%	VALOR APROPIADO	VALOR EJECUTADO
56.958.779.848,00	2.847.938.992,40	56.958.779.848	2.847.938.992,40	2.871.489.258,00	1.669.574.672,00

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	58%
--------------------------------	------------



Informe de Política de Seguridad Digital y Datos Personales de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua



E.S.E
HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA

— Salud Integral, Impacto Real —

Ing. Edwin Fabian Castro

Sistemas

Introducción

La política asegura la protección de los datos sensibles gestionados por la institución, tanto físicos como digitales, a través de normas rigurosas de uso adecuado de la tecnología disponible.

Resalta la necesidad de impedir modificaciones no autorizadas en la información manejada, garantizando que los datos se mantengan precisos y fiables para todas las operaciones.

Se establecen medidas para garantizar que la información esté siempre accesible, asegurando continuidad operativa y atención adecuada a los pacientes en todo momento.



Objetivos

Promueve la adecuada administración de la información para impulsar el desarrollo e innovación en sus actividades.

Establece políticas específicas para mitigar riesgos y garantizar la preservación de los datos sensibles de la institución.

Los lineamientos de seguridad ayudan a implementar buenas prácticas tanto en procesos administrativos como en la atención al paciente.



Estrategias de La Política De Seguridad Digital

- **Estrategia de Educación y Capacitaciones:** Jornadas de formación y sensibilización en seguridad digital dirigidas a colaboradores y actores clave.
- **Estrategia de Controles y Auditorías:** Implementar controles técnicos y administrativos, con auditorías periódicas.
- **Estrategia de Comunicación:** Establecer un canal institucional para divulgar políticas, alertas de seguridad y resultados de gestión.
- **Estrategia de Evaluación y Mejora Continua:** Evaluaciones periódicas de riesgos e incidentes para fortalecer la seguridad digital.

Líneas de Intervención

- **Fortalecimiento Tecnológico:** Implementación y actualización de infraestructura tecnológica segura y confiable.
- **Sensibilización y Capacitación de los Colaboradores:** Fomentar una cultura de seguridad digital y comportamientos responsables en el manejo de la información.
- **Gestión de Riesgos Digitales:** Identificar, valorar y gestionar riesgos asociados a la seguridad digital, en coherencia con la política institucional.

Indicadores de Gestión de Seguridad de la Información

Indicador 1: Porcentaje de cumplimiento de los mecanismos de seguridad

➤ Evaluación mediante actualizaciones

Analiza el número de actualizaciones aplicadas de Dinámica Gerencial frente a las programadas para determinar el nivel de cumplimiento de la política.

➤ Monitoreo periódico

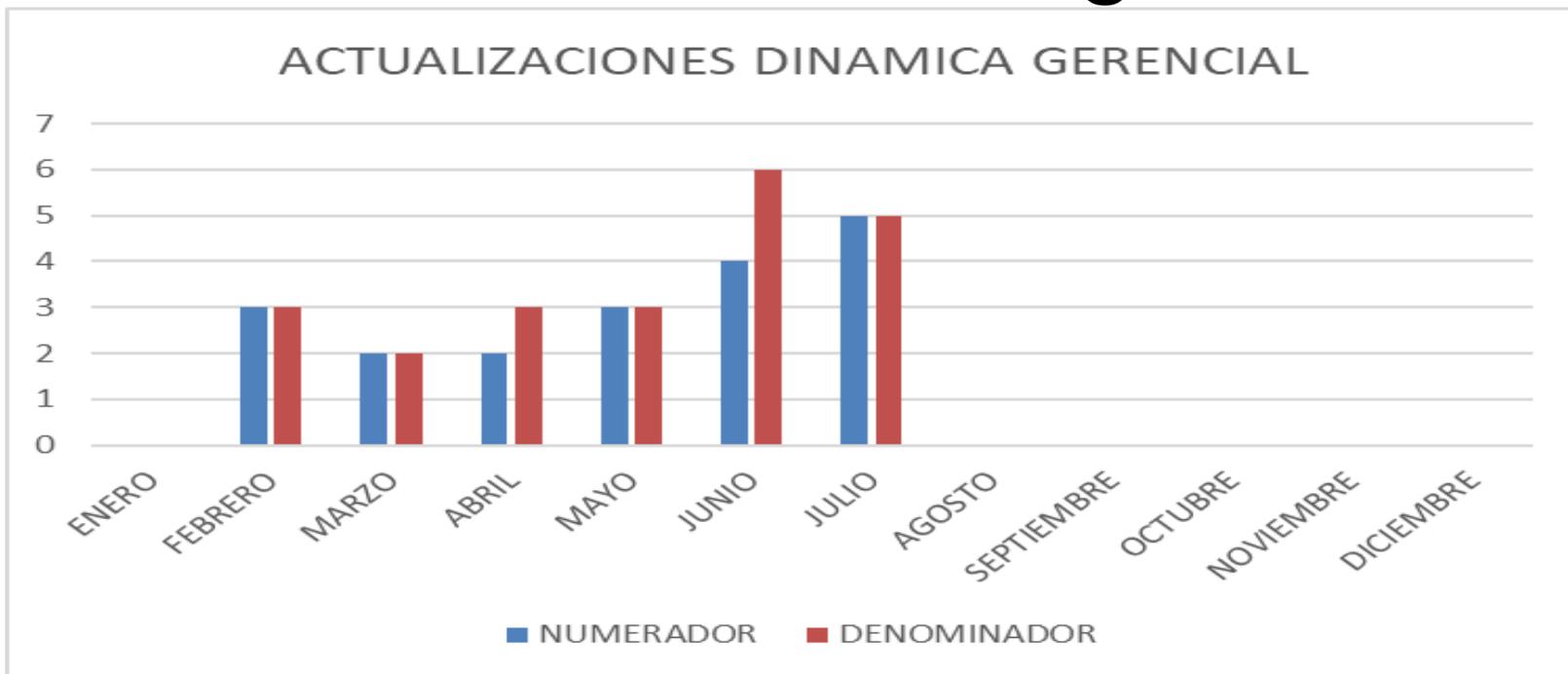
Se realizan auditorías regulares para asegurar que las actualizaciones se lleven a cabo según lo planificado en el periodo establecido.

➤ Mecanismos de ajuste

Implementación de estrategias correctivas en caso de que el cumplimiento sea inferior al esperado, asegurando una mejora continua.

Indicadores de Gestión de Seguridad de la Información

Indicador 1: Porcentaje de cumplimiento de los mecanismos de seguridad



Indicadores de Gestión de Seguridad de la Información

Indicador 2: Gestión de requerimientos

- Evaluación de tiempos de respuesta

Mide la agilidad del equipo administrativo y asistencial en atender solicitudes relacionadas con gestión de información.

- Optimización de recursos

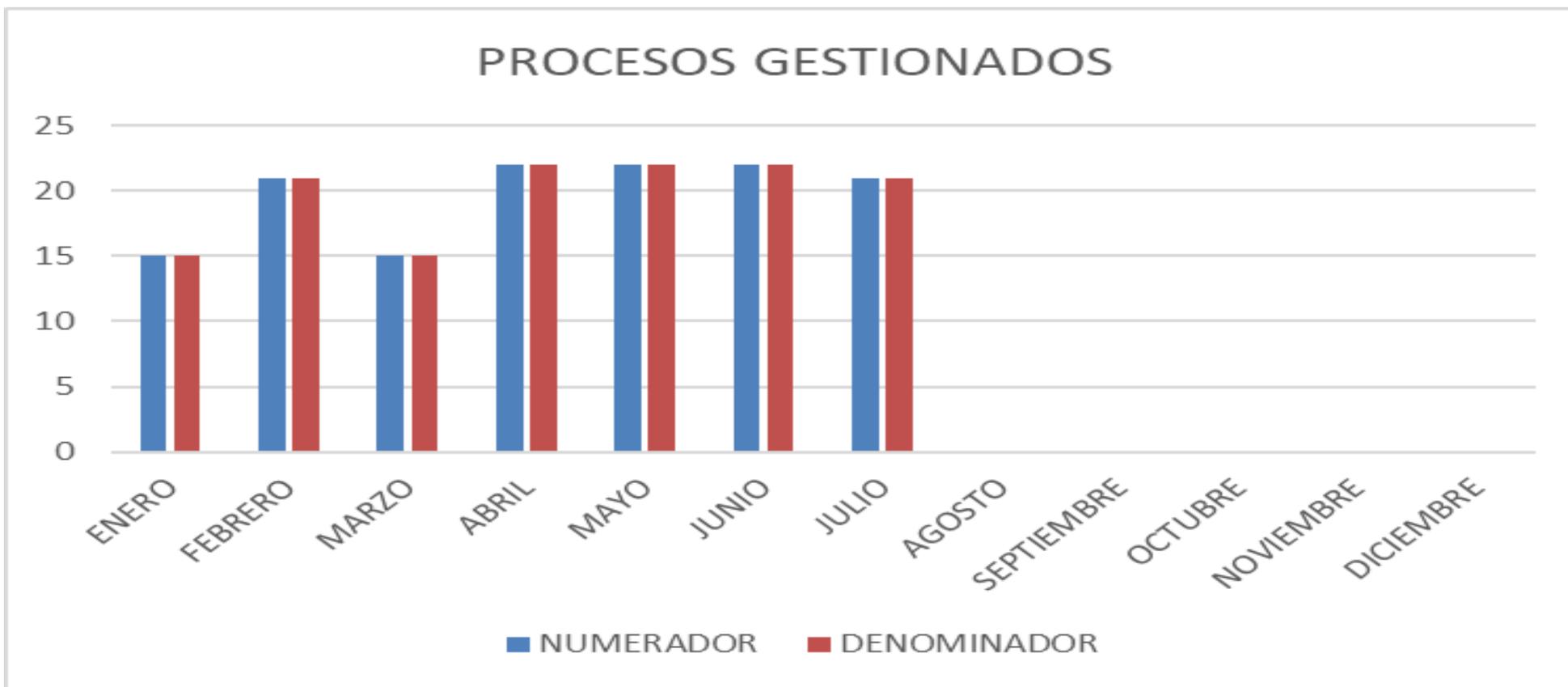
Identifica tendencias en la demanda de servicios para planificar mejor los recursos institucionales y asignar prioridades.

- Cumplimiento normativo

Garantiza que cada solicitud gestionada cumpla estándares de calidad y seguridad establecidos por la política digital institucional.

Indicadores de Gestión de Seguridad de la Información

Indicador 2: Gestión de requerimientos



Garantizar disponibilidad de información

➤ **Prevención de fallos técnicos**

Sistema automatizado para garantizar el acceso continuo a los datos médicos y administrativos en caso de interrupciones.

➤ **Accesibilidad oportuna**

Configuración de plataformas que aseguren datos en tiempo real para las áreas asistenciales y administrativas.

➤ **Implementación de respaldo**

Realiza copias de seguridad periódicas para garantizar la recuperación de datos en casos de emergencias.



Distribución de roles en Dinámica Gerencial

➤ **Configuración adaptada por áreas operativas**

Los roles en el software Dinámica Gerencial están meticulosamente diseñados para ajustarse a las responsabilidades de áreas asistenciales y administrativas.

➤ **Gestión por módulos especializados**

La distribución se realiza a través de módulos tales como gestión de pacientes, contabilidad y recursos humanos, para facilitar un control preciso y funcional.

➤ **Optimización en la actualización de accesos**

La periodicidad de las actualizaciones refuerza el cumplimiento de las políticas de seguridad, asegurando que los permisos asignados reflejen necesidades actuales y estratégicas.



POLITICA DE INTEGRIDAD



INTRODUCCION

En cumplimiento de los lineamientos de la Política de Integridad y de lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se presenta el informe semestral de seguimiento al grado de cumplimiento de los objetivos, estrategias e indicadores definidos. El seguimiento permite identificar avances, dificultades y oportunidades de mejora para garantizar una gestión pública íntegra, transparente y centrada en el bienestar ciudadano

REPORTE DE ACTIVIDADES – SEMESTRE I 2025

IMPLEMENTACION POLITICA INTEGRIDAD

METAS:

- ✓ Efectuar una jornada de capacitación sobre código de integridad y cultura del servicio evaluando su apropiación
- ✓ Operativizar el comité de Ética e Integridad con jornadas trimestrales.
- ✓ Formular o actualizar la estrategia anual de integridad pública y cronograma de trabajo
- ✓ Evaluar y hacer seguimiento a la implementación de la estrategia anual de integridad pública definida o actualizada (Generar Informe con indicadores)
- ✓ Efectuar jornada de sensibilización para divulgar información sobre conflictos de intereses y código de integridad a usuarios y colaboradores
- ✓ Documentar y socializar las buenas prácticas y lecciones aprendidas sobre integridad pública

REPORTE DE ACTIVIDADES – SEMESTRE I 2025

IMPLEMENTACION POLITICA DE TALENTO HUMANO

INDICADORES:

- Efectuar una jornada de capacitación sobre código de integridad y cultura del servicio evaluando su apropiación.
- Indicador: Porcentaje de participación en la jornada de capacitación,
- Fórmula:
(Numero de colaboradores que asistieron a la jornada/Número total de colaboradores convocados)
 $\times 100$

$$\frac{\text{Numero de colaboradores que asistieron a la jornada}}{\text{Numero Total de colaboradores convocados}} \times 100$$

$$\frac{37}{44} \times 100 = 84.09\%$$

- **Fuente de verificación:** Listas de asistencia, evidencias fotográficas, actas de capacitación, encuestas de evaluación.

REPORTE DE ACTIVIDADES – SEMESTRE I 2025

IMPLEMENTACION POLITICA DE TALENTO HUMANO

- **Operativizar el Comité de Ética e Integridad con jornadas trimestrales**
- **Indicador:** Porcentaje de cumplimiento de reuniones programadas del comité,
- **Fórmula:**
- (Numero de reuniones realizadas/Numero de reuniones programadas) ×100

$$\frac{\text{Numero de reuniones realizadas}}{\text{Numero de reuniones programadas}} \times 100$$

$$\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$$

- **Fuente de verificación:** Actas del comité, plan de trabajo del comité, asistencia registrada

REPORTE DE ACTIVIDADES – SEMESTRE I 2025 IMPLEMENTACION POLITICA DE INTEGRIDAD

Formular o actualizar la estrategia anual de integridad publica y su cronograma

- **Indicador:** Estrategia de integridad pública formulada o actualizada
- **Fórmula:**
 - Indicador de cumplimiento: Sí (1) / No (0)
- **Fuente de verificación:** Documento de la estrategia, cronograma de actividades, acto administrativo o resolución de adopción.

Evaluar y hacer seguimiento a la estrategia anual de integridad

- **Indicador:** Porcentaje de actividades ejecutadas de la estrategia anual
- **Fórmula:**
 - (Numero de actividades ejecutadas/Número total de actividades programadas) × 100)
- **Fuente de verificación:** Informe de seguimiento con indicadores, cronograma actualizado, soportes de ejecución.

$$\frac{\text{Numero de actividades ejecutadas}}{\text{Numero total de actividades programadas}} \times 100$$

$$\frac{5}{8} \times 100 = 62,5\%$$

REPORTE DE ACTIVIDADES – SEMESTRE I 2025

IMPLEMENTACION POLITICA DE INTEGRIDAD

Sensibilización sobre conflictos de intereses y código de integridad

- **Indicador:** Número de jornadas de sensibilización realizadas
- **Fórmula:**
(Número jornadas ejecutadas/Número total jornadas programadas) × 100
- **Fuente de verificación:** Informes de actividades, listados de asistencia, evidencias visuales, material de divulgación.

$$\frac{\text{Numero de actividades ejecutadas}}{\text{Numero total de actividades programadas}} \times 100$$

$$\frac{1}{2} \times 100 = 50\%$$

REPORTE DE ACTIVIDADES – SEMESTRE I 2025

IMPLEMENTACION POLITICA DE INTEGRIDAD

MONITOREO Y EVALUACIÓN: SEGUIMIENTO SEMESTRAL A TRAVÉS DEL COMITÉ DE ÉTICA E INTEGRIDAD

Seguimiento a Indicadores (Ene – Jun 2025)

Meta	Indicador	Resultado Primer Semestre	Nivel de Cumplimiento
Jornada de capacitación en integridad y cultura del servicio	% De participación	84.09% de los convocados asistieron	Cumplido
Operativizar el Comité de Ética e Integridad (reuniones trimestrales)	% De reuniones realizadas	100% semestres 2 de 2 reuniones realizadas	Cumplido
Formular/actualizar estrategia anual de integridad pública	Estrategia formulada/actualizada	100% Estrategia 2025 formulada y adoptada en marzo	Cumplido
Seguimiento a la estrategia anual	% De actividades ejecutadas	62,5 % de actividades programadas ejecutadas	Parcialmente cumplido
Jornadas de sensibilización sobre conflictos de interés e integridad	# jornadas realizadas	50% 1 jornada institucional en mayo (de 2 programadas)	Parcialmente cumplido
Documentar y socializar buenas prácticas en integridad	# De prácticas documentadas	Actividad proyectada para el semestre 2 de 2022	
TOTAL AVANCE SEMESTRE I DE 2025		66,09%	

PROMEDIO $(84,09 + 100 + 100 + 62,5 + 50 + 0) / 6 = 66,09\%$ de cumplimiento global en el semestre I de 2025.

ANALISIS DE RESULTADOS

- El avance de la Política de Integridad en el semestre I de 2025 alcanza un 66,09% frente al total de metas programadas en la vigencia,
- Los resultados más destacados corresponden a la operatividad del Comité de Ética y la formulación de la Estrategia Anual de Integridad 2025, ambas con 100% de cumplimiento.
- La jornada de capacitación obtuvo un resultado sobresaliente con 84,09% de asistencia, lo cual refleja apropiación de la cultura de integridad y del servicio.
- Se evidencian oportunidades de mejora en el seguimiento de la estrategia anual (62,5%)
- En las jornadas de sensibilización sobre conflictos de interés (50%), que deberán reforzarse en el segundo semestre para alcanzar la meta anual.
- La actividad de documentación y socialización de buenas prácticas está prevista para ejecutarse en el segundo semestre, por lo que aún no presenta avance.

REPORTE DE ACTIVIDADES – SEMESTRE I 2025 IMPLEMENTACION POLITICA DE INTEGRIDAD

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El nivel de cumplimiento general de los indicadores para el primer semestre 2025 es satisfactorio (aprox. 66,09%). Se requiere reforzar la ejecución de actividades de sensibilización y divulgación en el segundo semestre, con especial énfasis en conflicto de interés y transparencia. También se recomienda fortalecer el rol del Comité de Ética como garante del seguimiento y consolidar un plan de mejora continua vinculado al MIPG.

POLITICA DE TALENTO HUMANO



OBJETIVO GENERAL

- Fortalecer el liderazgo y el talento humano bajo principios de integridad, con una cultura organizacional orientada al mejoramiento continuo de los procesos.

REPORTE DE ACTIVIDADES – SEMESTRE I 2025

IMPLEMENTACION POLITICA DE TALENTO HUMANO

METAS ESTABLECIDAS PARA LA VIGENCIA

OBJETIVO	META/ESTRATEGIA	PRODUCTO	INDICADOR
Fortalecer el liderazgo y el talento humano bajo los principios de integridad, con una cultura organizacional fundamentada en el mejoramiento continua de los procesos	Realizar la actualización del manual de funciones y reglamento interno de trabajo	Documentos actualizados, socializados y evaluados	Nuevo Manual de Funciones y Reglamento Interno
	Aumento cada año en la calificación de MIPG mediante el fortalecimiento de la Política Estratégica de Talento Humano y la Política de Integridad	Diligenciamiento del Autodiagnóstico Gestión Estratégica de Talento Humano Recomendaciones priorizadas en el plan de acción integrado MIPG Actualización del Código de Integridad, Código de conducta y buen gobierno Seguimiento al plan de gestión de la integridad	Incremento en el puntaje para la política de Talento Humano 5 puntos cada vigencia Incremento en el puntaje para la política de Integridad 5 puntos cada vigencia
	Fortalecer el Plan Anual Estratégico de Talento Humano	Cumplimiento cronograma de capacitaciones institucionales Actualización del manual de inducción y reinducción institucional Aplicación encuesta clima organizacional institucional	

REPORTE DE ACTIVIDADES – SEMESTRE I 2025

IMPLEMENTACION POLITICA DE TALENTO HUMANO

Líneas Estratégicas, Avances y Cumplimientos

- **Actualización del Manual de Funciones y Reglamento Interno**
- **Meta 1:** Realizar la actualización del manual de funciones y reglamento interno de trabajo,
- **Producto:** Documentos actualizados, socializados y evaluados.
- **Situación actual:** Manual de Funciones y Reglamento Interno en revisión para aprobación por la Junta Directiva.
- **Cumplimiento: 25%**
- **Nota:** estos documentos quedan en firme 100% al momento de su aprobación por parte de la Junta Directiva

REPORTE DE ACTIVIDADES – SEMESTRE I 2025

IMPLEMENTACION POLITICA DE TALENTO HUMANO

Fortalecimiento de la Política Estratégica de Talento Humano y de Integridad

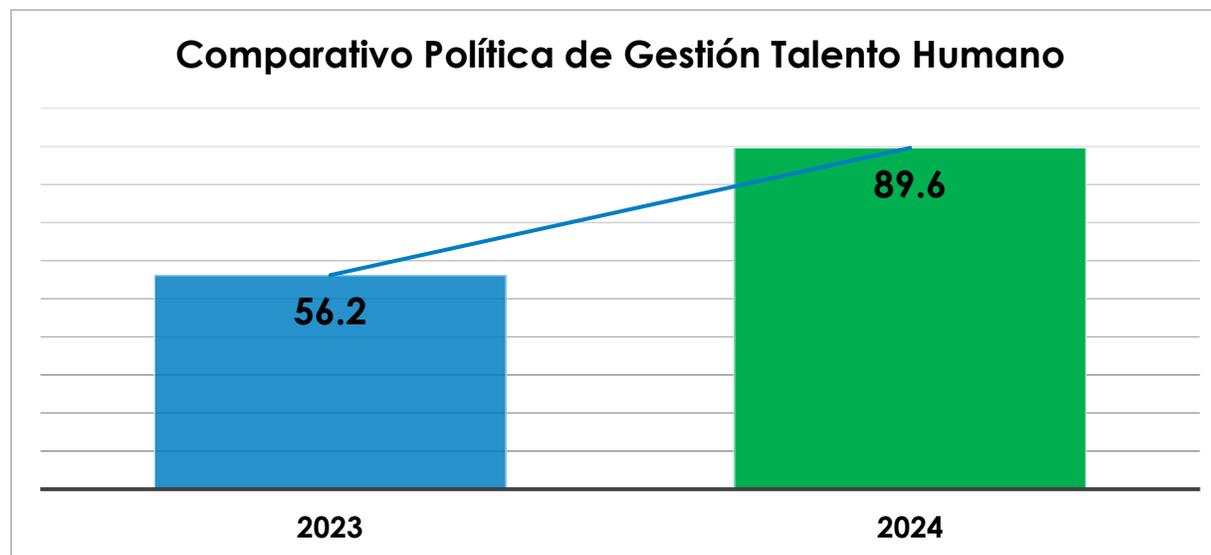
- **Meta 2 :** Aumento cada año en la calificación de MIPG mediante el fortalecimiento de la Política Estratégica de Talento Humano y la Política de Integridad
- **Productos esperados:**
 - Autodiagnóstico MIPG
 - Recomendaciones priorizadas
 - Códigos actualizados
 - Seguimiento a la integridad
- Índice de desempeño de la Dimensión No.1 de Talento Humano
- Política de Talento Humano 2024: 89.6
- Política de Integridad 2024: 77.4

REPORTE DE ACTIVIDADES – SEMESTRE I 2025

IMPLEMENTACION POLITICA DE TALENTO HUMANO

Avances Semestre I PDI 2025:

- Para la política de Gestión de Talento Humano se evidencia un avance comparativo en la medición de FURAG en la vigencia 2023 Vs vigencia 2024, con un incremento y tendencia positiva de 33.4 puntos y porcentaje de variación del 59.5%, lo que demuestra el fortalecimiento de la política con cada una de las actividades priorizadas en el plan de acción integrado MIPG, esto permite seguir mejorando los procesos internos de la institución y el liderazgo del talento humano, siempre con el apoyo decidido de la gestión gerencial actual.

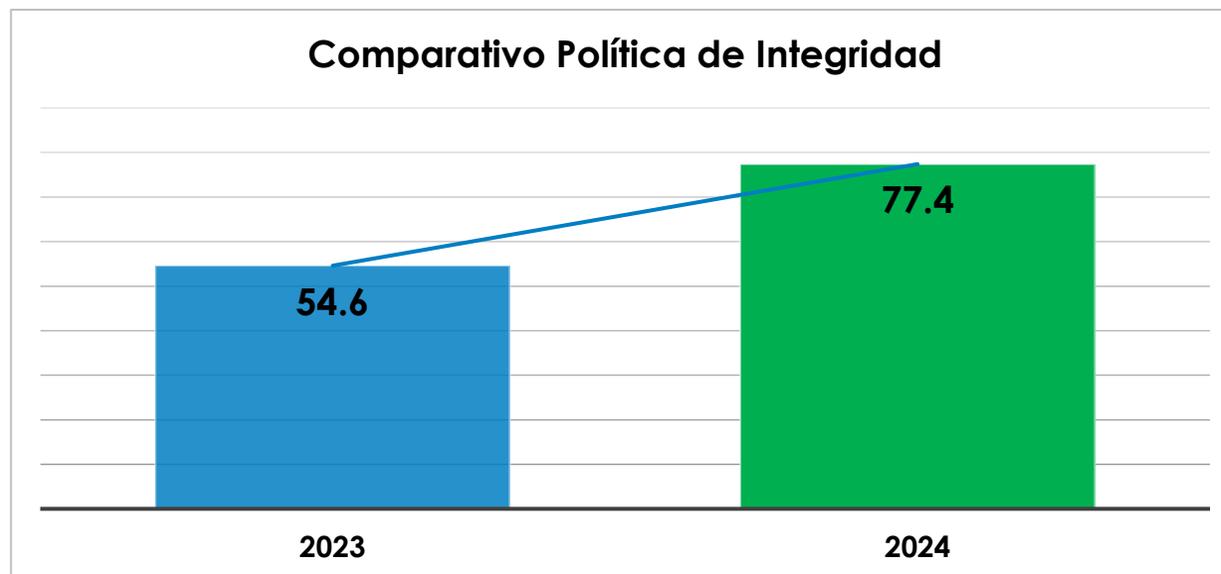


REPORTE DE ACTIVIDADES – SEMESTRE I 2025

IMPLEMENTACION POLITICA DE TALENTO HUMANO

- **Política de Integridad:**

Para la política de Integridad se evidencia un avance comparativo en la medición de FURAG en la vigencia 2023 Vs vigencia 2024, con un incremento y tendencia positiva de 22.8 puntos y porcentaje de variación del 41.7%, lo que refleja fortalecimiento y avance de la política, concadenada con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG); implementándose así una política de integridad pública productiva y eficiente, clave para fortalecer la confianza ciudadana y prevenir actos de corrupción. Este seguimiento permite evaluar el cumplimiento de las acciones, identificar ajustes y apoyar la toma de decisiones informadas. Además, refuerza la transparencia institucional compromiso del Hospital con la ética, la legalidad y el buen gobierno.



REPORTE DE ACTIVIDADES – SEMESTRE I 2025

IMPLEMENTACION POLITICA DE TALENTO HUMANO

- **Fortalecimiento del Plan Anual Estratégico de Talento Humano**
- **Meta 3:** Fortalecer el Plan Anual Estratégico de Talento Humano esta se cumple con estas acciones
- **Productos esperados:**
 - Cronograma de capacitaciones
 - Manual de inducción/reinducción actualizada
 - Encuesta de clima organizacional aplicada
- **Avances:**
- Cumplimiento del cronograma de capacitaciones institucional
- Durante el primer trimestre del 2025 se realizaron 44 capacitaciones equivalente al 28.39%, desde el área de talento humano se cuenta con las presentación e informes respectivos.

$$\frac{\textit{Capacitaciones realizadas primer semestre}}{\textit{Capacitaciones programadas en la vigencia}} \times 100$$

$$\frac{44}{155} \times 100 = 28.39\%$$

REPORTE DE ACTIVIDADES – SEMESTRE I 2025

IMPLEMENTACION POLITICA DE TALENTO HUMANO

MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCION

Manual actualizado e implementado

El Manual de Inducción y Reinducción se actualizo para el segundo trimestre bajo Resolución 185 Julio 01 de 2025, posterior a esta actualización el líder de SG-SST realizara la socialización y medición de la adherencia a todos los colaboradores de la institución, para segundo trimestre se lleva un aproximado del 50% de avance del proceso.

ENCUESTA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Aplicación encuesta clima organizacional institucional

Durante el primer semestre del 2025, no se realizó la medición de la encuesta de clima organizacional en la institución, para el tercer trimestre se coordinará con el líder de SG-SST para actualización de la encuesta de clima organización y se socializará con el personal de la E.S.E y posterior a ello se proyectará el informe de cierre con las estadísticas respectivas, para la vigencia 2025.

REPORTE DE ACTIVIDADES – SEMESTRE I 2025

IMPLEMENTACION POLITICA DE TALENTO HUMANO

RESUMEN DE AVANCES SEMESTRE I DE 2025

ITEM	META	AVANCE
1	Realizar la actualización del manual de funciones y reglamento interno de trabajo	25%
2	Aumento cada año en la calificación de MIPG mediante el fortalecimiento de la Política Estratégica de Talento Humano y la Política de Integridad	100%
3	Fortalecer el Plan Anual Estratégico de Talento Humano esta se cumple con estas acciones (Cumplimiento cronograma de capacitaciones institucionales, Actualización del manual de inducción y reinducción institucional, Aplicación encuesta clima organizacional institucional)	<p>cronograma de capacitaciones institucionales 28,39%</p> <p>Actualización del manual de inducción y reinducción institucional 50%</p> <p>Aplicación encuesta clima organizacional institucional 0%</p> <p>$(28.39\% + 50\% + 0\%) / 3 = 78.39\%/3 = 26.13\%$</p> <p>TOTAL: 26.13 %</p>
TOTAL		<p>META 1= 25%</p> <p>META 2 = 100%</p> <p>META 3= 26.13%</p> <p>SUMATORIA: 25%+100%+ 26.13%= 151.13%</p> <p>PROMEDIO: 151.13%/3 = 50.38%</p>
AVANCE FINAL SEMESTRE I DE 2025		50.38%



PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



E.S.E
HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA

— Salud Integral, Impacto Real —

AVANCES 1ER SEMESTRE 2025



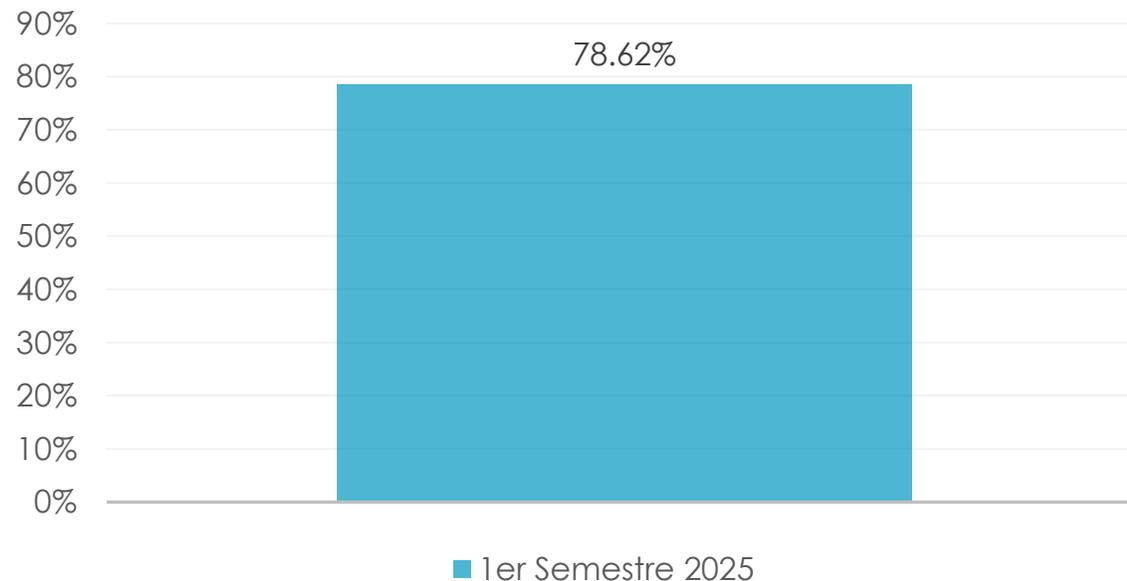
“Lema paciente seguro”

CAPACITACIÓN DE PAQUETES INSTRUCCIONALES Y RONDAS

1er Semestre
2025: **14 Paquetes
Instruccionales**

Según la proyección de los servicios se harán la adopción de los paquetes requeridos para el respectivo funcionamiento.

Socialización al Personal



1ER SEMESTRE 2025

- 14 Paquetes Instruccionales
- 435 Colaboradores
- **342 colaboradores**

RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

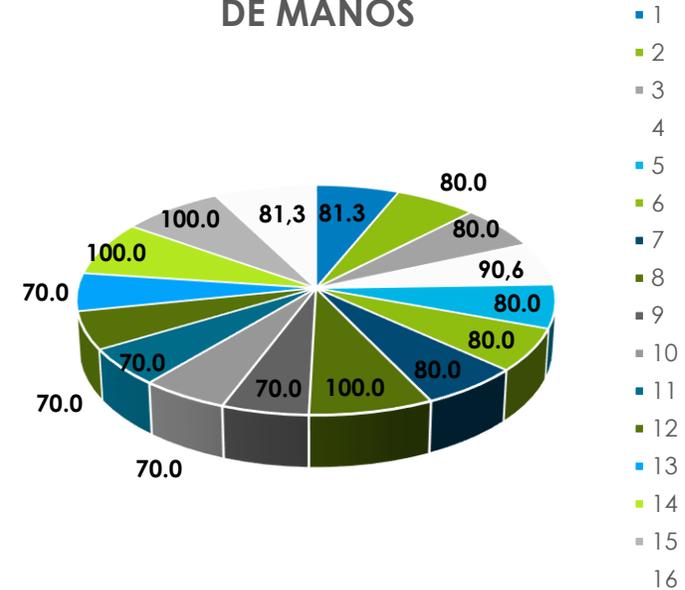
50%

CLASIFICACIÓN	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
HOSPITALIZACIÓN	4	4	4	4	4	4	24
SALA DE PARTO	3	3	3	3	3	3	18
PEDIATRIA	3	3	3	3	3	3	18
URGENCIAS	2	5	5	2	5	5	24
CIRUGÍA	5	2	2	5	2	2	18
UCI	3	3	3	3	3	3	18
TOTAL	20	20	20	20	20	20	120



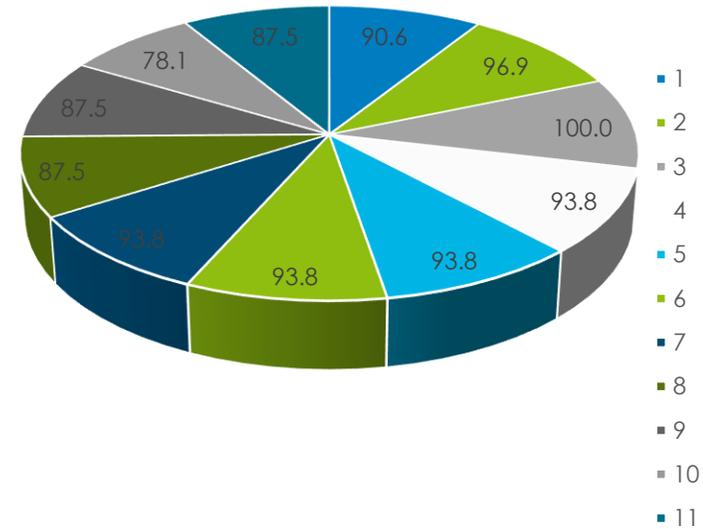
MES EVALUADO: JUNIO 2025		CODIGO: DI-HA-G-015
LISTA DE CHEQUEO LAVADO DE MANOS		VERSION: 01
TOTAL APLICADAS 34		PAGINA: 1 DE 1
No.	Estándares a evaluar	LISTA DE CHEQUEO LAVADO DE MANOS
1	¿Humedece las manos con suficiente cantidad de agua?	81,3
2	¿Se frota la palma de las manos entre sí?	80,0
3	¿Se frota la palma de las manos contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dorsos entrelazando los dedos y viceversa?	80,0
4	¿Se frota las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados?	80,0
5	¿Frote el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos?	80,0
6	¿Se frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano izquierda, ¿y viceversa?	80,0
7	¿Se frota la punta de los dedos con la mano derecha, contra la palma de la mano izquierda friccionando un movimiento de rotación y viceversa?	80,0
8	Enjuaga con abundante agua dejándola correr de los dedos a los codos. ¿Conserve los brazos separados del tronco y las manos por encima del nivel del codo?	100,0
9	¿Seca las manos con toalla desechable y la deposita sin tocar recipiente?	70,0
10	¿Cierre la llave de las manos sin tocar la perilla (codo o toalla)?	70,0
11	La duración del lavado fue de 40 a 60 segundos	70,0
12	Realiza lavado de manos después de contacto con el paciente?	70,0
13	Entra a la habitación del paciente y utiliza alcohol glicerinado?	70,0
14	Sale de la habitación del paciente utiliza alcohol?	100,0
15	Antes de técnica aséptica realiza lavado de manos?	100,0
16	Realiza lavado de manos después de riesgo de exposición de fluidos?	100,0
MENOR DEL 70% DEFICIENTE		82,0
DE 70A 79% ACEPTABLE		
DE 80 A 89% BUENO		
DE 90 A 100% EXCELENTE		

LISTA DE CHEQUEO LAVADO DE MANOS



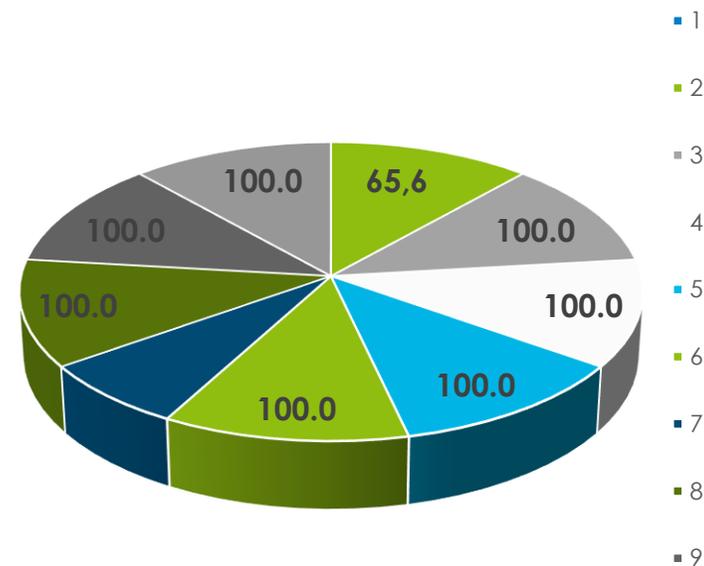
MES EVALUADO JUNIO 2025		CODIGO: DI-HA-G-015
PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS		VERSION: 01
TOTAL APLICADAS 34		PAGINA: 1 DE 1
		PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS
No.	Estándares a evaluar	
1	Camas con barandas arriba	90,6
2	Se encuentra la escalerilla	96,9
3	Se identifica al paciente con riesgo de caída en la manilla y tablero de identificación	100,0
4	Se registra la escala de Down-ton en la historia clínica y el valor en el kardex	93,8
5	¿paciente cuenta con registro de acompañante permanente si lo requiere ?	93,8
6	El usuario o familiar recibió recomendaciones para la prevención del riesgo de caídas	93,8
7	¿Identifica algún riesgo que pueda generar una caída al paciente?	93,8
8	Personal asistencial no la subió	87,5
9	Descuido del familiar	87,5
10	Procedimiento	78,1
11	Barandas en mal estado	87,5
MENOR DEL 70% DEFICIENTE		91,2
DE 70A 79% ACEPTABLE		
DE 80 A 89% BUENO		
DE 90 A 100% EXCELENTE		

PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS

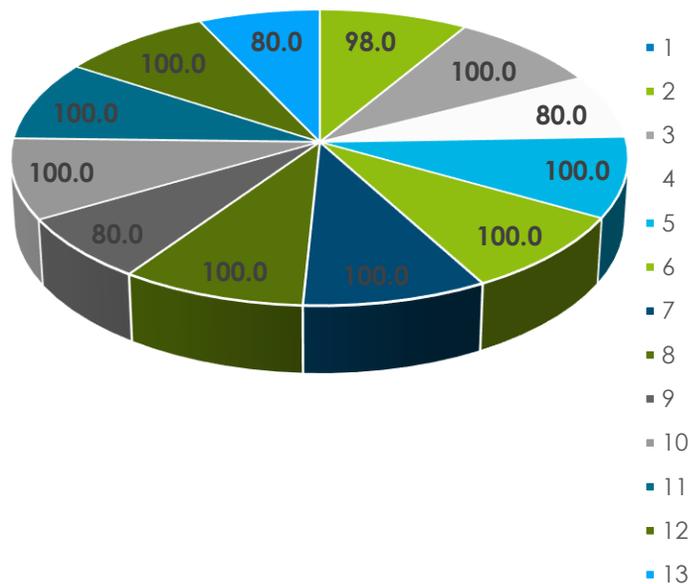


MES EVALUADO JUNIO 2025		CODIGO: DI-HA-G-015
GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DE LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO		VERSION: 01
TOTAL APLICADAS 34		PAGINA: 1 DE 1
No.	Estándares a evaluar	GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DE LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO
1	Ingresó al servicio sin barreras que le impidieran el libre ingreso a la institución	100,0
2	Las ayudas diagnosticas (ecografía, laboratorios) fueron tomados oportunamente	100,0
3	El médico que atiende a la paciente es personal debidamente capacitado, y cumple todos los requisitos del perfil que por talento humano sean establecidos en el sistema único de habilitación y demás normas relacionadas vigentes.	100,0
4	Cuenta con lista de chequeo para verificar la disponibilidad de insumos necesarios para el manejo inicial de las urgencias obstétricas (kits de emergencias obstétricas), del mes correspondiente.	100,0
5	Se realiza la identificación de madre e hijo según el protocolo institucional. (pulseras con nombre y datos)	100,0
6	Oportunidad de asignación de citas para control postparto (vagunal o cesarea)	62,5
7	Se da la información a la madre sobre la seguridad suya y de su hijo (Manillas de Identificación, prevención de caídas, IAMI, etc) durante la estancia en la institución.	100,0
8	Considera la paciente que fue atendida con un trato digno y respetuoso (Indague sobre el trato recibido)	100,0
9	Se promovió la planificación familiar en especial a las pacientes con patologías de riesgo y se entregaron de forma segura y oportuna. (si aplica)	100,0
MENOR DEL 70% DEFICIENTE		95,8
DE 70A 79% ACEPTABLE		
DE 80 A 89% BUENO		
DE 90 A 100% EXCELENTE		

GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DE LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO

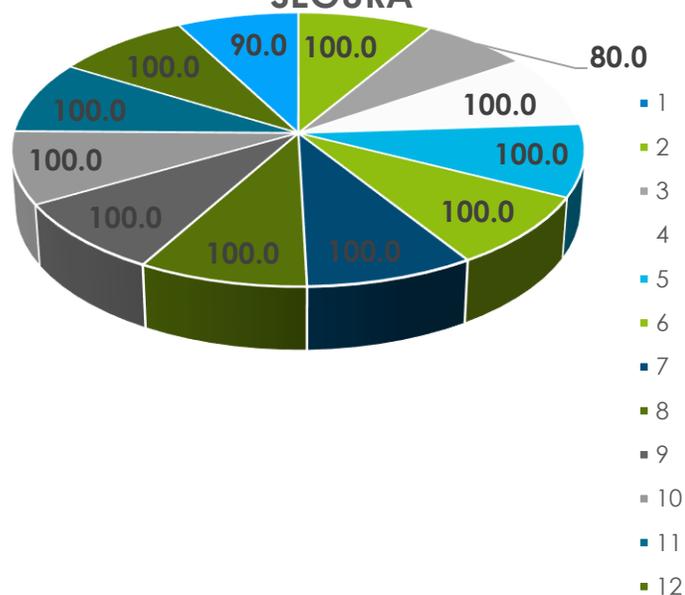


ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES



MES EVALUADO: JUNIO 2025		CODIGO: DI-HA-G-015
ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES		VERSION: 01
TOTAL APLICADAS 34		PAGINA: 1 DE 1
No.	Estándares a evaluar	ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES
1	¿El personal que interviene con el usuario conoce los lineamientos de identificación del paciente ?	98,0
2	el usuario esta identificado correctamente en la historia clinica sistematizada	100,0
3	¿El Usuario tiene la manilla de identificación en el lugar definido según protocolo ?	80,0
4	La manilla de identificación contiene dos o mas datos verificadores establecidos según protocolo Nombres y apellidos, No. Identificación, edad del paciente?	100,0
5	En ninguno de los casos el usuario esta identificado con el numero de la cama o habitacion ?	100,0
6	¿La manilla de identificación con datos legibles?	100,0
7	Observa cuidadosamente ¿el funcionario verifica en forma verbal y visual la correspondencia de los datos de identificación del usuario frente al ingreso , traslado y /o antes de los procedimientos	100,0
8	El usuario tiene información sobre la manilla de identificación y su importancia	80,0
9	Se constata que los datos verificadores de identificación de pacientes adultos ubicados en unidades criticas (condición clínica no permite colocar la manilla de identificación) se encuentra en una placa acrílica ubicada en la cabecera de la cama del paciente.	100,0
10	¿Al traslado de un servicio a otro el paciente permanece con su manilla de identificación?	100,0
11	¿La historia clínica tiene registrados todos los ítems de identificación?	100,0
12	¿El nombre y número de documento corresponde al paciente que lo porta?	80,0
MENOR DEL 70% DEFICIENTE		94,8
DE 70A 79% ACEPTABLE		
DE 80 A 89% BUENO		
DE 90 A 100% EXCELENTE		

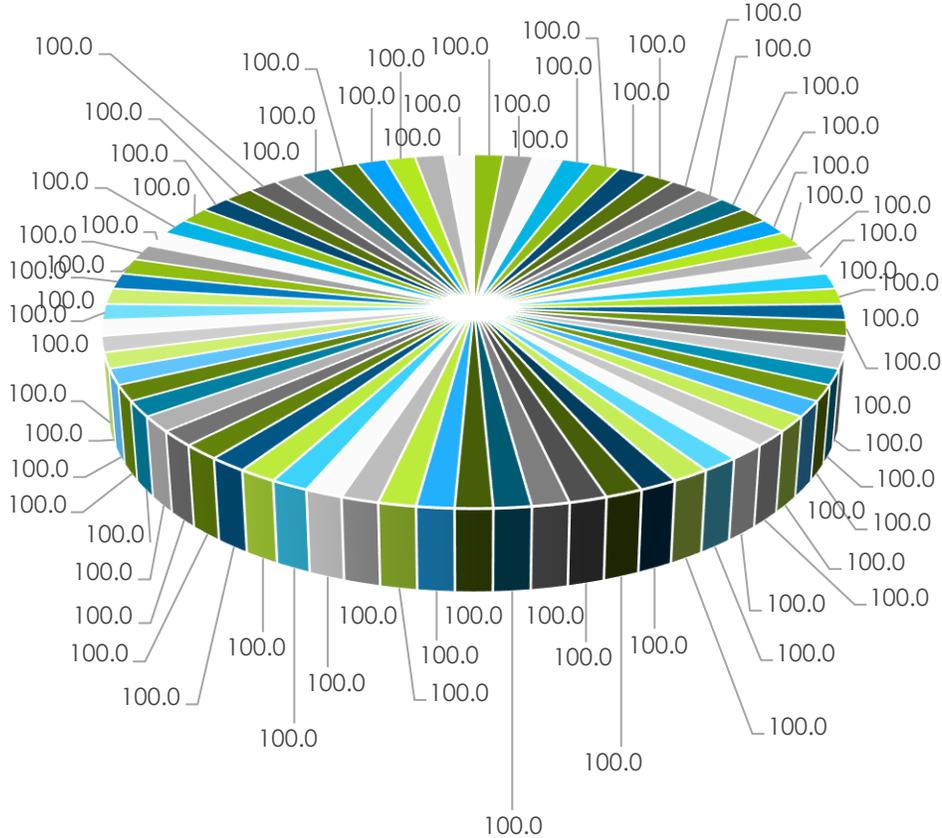
APLICACIÓN CORRECTA DE LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGIA SEGURA



MES EVALUADO. JUNIO 2025		CODIGO: DI-HA-G-015
APLICACIÓN CORRECTA DE LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGIA SEGURA		VERSION: 01
TOTAL APLICADAS 32		PAGINA: 1 DE 1
		APLICACIÓN CORRECTA DE LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGIA SEGURA
No.	Estándares a evaluar	
1	Verifique el correcto y completo diligenciamiento de la Historia clínica y los registros asistenciales	100,0
2	Confirme al recibir el paciente para cirugía, que se verifica el cumplimiento de lo escrito en la lista de chequeo de seguridad del paciente quirúrgico, entre todas la permeabilidad del acceso venoso, reparación física adecuada (prótesis, ropa, maquillaje, rasurado, aseo), horas de ayuno, profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos, entre otros.	80,0
3	Verifique que el paciente da explicación y conoce acerca del consentimiento informado.	100,0
4	Verifique con el paciente que el médico le ha informado sobre el procedimiento a realizar, los riesgos y beneficios del mismo.	100,0
5	Antes del inicio de la cirugía, se observa la sala quirúrgica en óptimas condiciones de limpieza y desinfección (basureros desocupados, receptal nuevo, techos, paredes y piso sin evidencia de suciedad)	100,0
6	El equipo que va a realizar la cirugía realiza el lavado de manos quirúrgico, cumpliendo con El profesional de enfermería y/o el médico general en entrenamiento, realiza el lavado de área quirúrgica según protocolo institucional. (Cesárea y reemplazo articular) lo realiza el profesional de enfermería, la piel integra se realiza con clorhexidina jabón y spray, mucosas, cabeza y genitales con yodopovidona jabón y spray, nunca mezclar dos tipos diferentes de antisépticos)técnica y el tiempo establecido (3 a 5 minutos)	100,0
7	Verifique que la profilaxis antibiótica se realiza entre 30 y 60 minutos antes de la incisión quirúrgica.	100,0
8	Verifique que el tablero de las salas de cirugía se encuentre completamente diligenciado.	100,0
9	Verifique el correcto diligenciamiento de la Lista de Cirugía Segura en cada momento: antes, durante y después de la cirugía	100,0
10	El paciente se traslada a la sala de recuperación con una calificación igual o mayor a 8 en la escala de Aldrete (no debe estar intubado, ni con máscara laríngea, recuperando la conciencia, etc)	100,0
11	Se garantiza la custodia de los elementos que lo requieren como son: balas, armas cortopuzantes, ropa, etc.	100,0
12	Las muestras de anatomía patológica se almacenan de manera segura, NO están refrigeradas y se encuentran embaladas y rotuladas de manera correcta.	90,0
MENOR DEL 70% DEFICIENTE		97,5
DE 70A 79% ACEPTABLE		
DE 80 A 89% BUENO		
DE 90 A 100% EXCELENTE		
OBSERVACIONES		



PACIENTE TRAZADOR



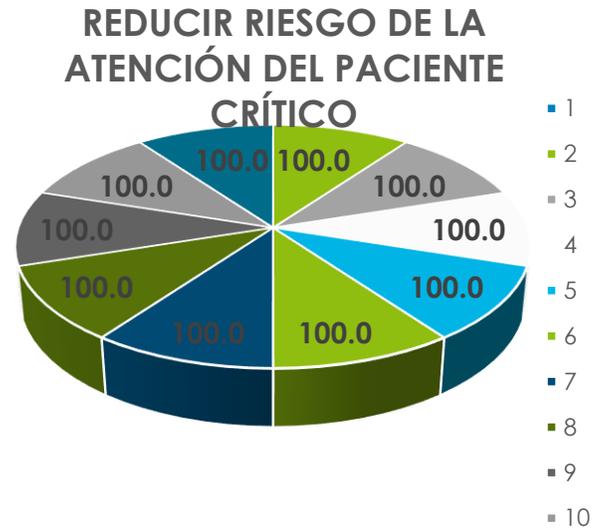
MES EVALUADO: JUNIO 2025		CODIGO: D:HA-G-015
PACIENTE TRAZADOR		VERSION: 01
TOTAL APLICADAS 1		PAGINA: 1 DE 1
No.	Estándares a evaluar	PACIENTE TRAZADOR
1	INGRESO: Al ingreso del paciente al servicio, el personal de la salud y administrativo aplica mecanismos de identificación redundante y brinda información al usuario y su familia según necesidad.	100.0
2	OPORTUNIDAD: Tiempo transcurrido de atención entre el ingreso a triage y la atención de consulta médica de urgencias.	100.0
3	La Historia Clínica cuenta con los datos completos de identificación del paciente (nombres completos, número de documento, edad, ocupación, escolaridad, dirección, teléfono de contacto según formato)	100.0
4	Se evidencia el registro completo de la anamnesis, antecedentes, examen físico.	100.0
6	Se realiza nota de ingreso al servicio de hospitalización (UCL)	100.0
7	Esta consignada y definida en la historia clínica el plan de cuidado y/o tratamiento (medicamentos, cuidados de enfermería, nutrición, interconsultas, apoyo diagnóstico, rehabilitación, remisiones, etc.)	100.0
8	La historia clínica está diligenciada en forma clara, legible, secuencial, sin espacios en blanco y sin utilizar siglas. (aplica solo las siglas aprobadas por la institución)	100.0
	Cada anotación en la historia clínica lleva la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre y firma del autor de la misma.	100.0
10	Cumple con las características de diligenciamiento oportuno	100.0
11	Diligenciamiento completo, sin tachones.	100.0
12	Firmada por el paciente/paciente	100.0
13	Firmada por el profesional tratante	100.0
14	Identificación de alergias	100.0
15	Aplicación de escalas de riesgo de caídas	100.0
16	Aplicación de escalas de riesgo de zonas de presión (UPP)	100.0
17	Identificación riesgo de fuga	100.0
18	Ruizamiento	100.0
19	Otros:	100.0
20	Se evidencia registro de la información farmacológica brindada al paciente y su familia durante el ingreso y estancia hospitalaria en relación a los medicamentos que estaba ingiriendo el usuario.	100.0
21	Se realiza registro en la historia clínica de educación brindada al usuario y/o su familia en relación con su patología o temas de interés.	100.0
22	P y D: Verificar en historia clínica si se realiza demanda inducida de pacientes a Programas de P y D según pertinencia y diagnósticos.	100.0
23	Los resultados de las ayudas diagnósticas han sido oportunamente interpretados en la historia clínica del usuario.	100.0
24	ACCESO SERVICIO DE APOYO: Se ha garantizado el acceso oportuno de los servicios complementarios requeridos por el paciente (laboratorios, RX, entre otros). Tiempo transcurrido entre la solicitud del examen de laboratorio o imagenología hasta que se el Resultado es validado por el profesional (Radiólogo/Bacteriólogo).	100.0
25	INTERCONSULTAS: Tiempo transcurrido entre la solicitud de la interconsulta hasta que la misma es realizada por la especialidad requerida.	100.0
26	TEMPO EGRESO: Verificar el tiempo transcurrido desde que el médico tratante da orden de salida hasta que el paciente egresa de la institución. (Tiempo esperado 6 horas)	100.0
27	Le explicaron sus derechos y deberes al ingreso a la institución?	100.0
28	Por favor mencione los deberes y derechos que conoce.	100.0
29	¿Conoce el nombre de los miembros del equipo tratante? Mencionalos. Identifica alguien ¿Como líder o coordinador del equipo? Quien?	100.0
30	¿Ha recibido información sobre su diagnóstica, tratamiento, evolución y pronóstico? Explique.	100.0
31	¿Conoce que es el consentimiento informado y en qué momento lo ha firmado?	100.0
32	En cada ocasión le explicaron previamente riesgos, beneficios, alternativas, la posibilidad de negarse a firmarlo o retirarlo y continuar recibiendo atención?	100.0
33	¿Le resolvieron sus dudas?	100.0
34	El equipo de salud cuando realiza la administración de los medicamentos le informan que se le están suministrando?	100.0
35	El personal de enfermería atiende su llamado oportunamente?	100.0
36	En caso de presentarse demora en la atención o realización de un examen procedimiento el equipo de salud le brindó información de la demora?	100.0
37	Al usuario y su familia le han brindado información y educación de sus medicamentos, administración, usos de sus dispositivos médicos, alimentación, signos de alarma, entre otros.	100.0
38	¿Conoce usted los mecanismos para interponer sus sugerencias, quejas y/o reclamos?	100.0
39	¿La atención brindada por los colaboradores de la institución fue amable y cálida? Se encuentra satisfecho por la atención recibida en la institución	100.0
40	El usuario y/o su familia recibió información sobre lavado de manos. Manejo de residuos.	100.0
41	Correcto diligenciamiento de Manifiesto del paciente	100.0
42	Cartilla de cabecera, de pie de cama o similares, del paciente, que se debe elaborar inmediatamente que es asignada la cama, camilla o ubicación en el servicio al paciente y contar por lo menos los datos del paciente sin incluir la condición de salud. (Nombre, identificación, edad).	100.0
43	RESUMOS PARA EL LAVADO DE MANOS: Verificar en el servicio si existen los resumos necesarios para la higienización de manos como toallas, jabón, alcohol glicerina, etc.	100.0
44	TÉCNICA HIGIENE DE MANOS: Observe alguna tarea clínica realizada por tres colaboradores y verifique si se higienizan las manos (agua y jabón o alcohol glicerinado) según los 5 momentos que aplica y técnica	100.0
45	REPORTE: Conoce la ruta que se debe seguir para el reporte de los sucesos de seguridad del paciente identificados?	100.0
46	SUCESOS DE SEGURIDAD: Cuáles son los sucesos de seguridad del paciente que potencialmente se pueden presentar en este servicio?	100.0
47	PREVENCIÓN: Qué acciones de mejora implementan en este servicio para evitar sucesos de seguridad del paciente?	100.0
48	La cama/camilla tiene barandas arriba. Camillas de ambulancias deben permanecer en Posición baja.	100.0
49	El sitio de venopunción registra fecha y hora, número de catéter intravenoso, nombre de quien canaliza y servicio	100.0
50	Verificar aplicación de los 10 correctos en la administración de medicamentos.	100.0
51	Verificar la oportunidad en la administración de los medicamentos ordenados.	100.0
52	Verificar la adecuada señalamiento medicamentos, identificación de medicamentos LASA Y de alto riesgo.	100.0
53	Se respeta la privacidad del paciente durante su estancia hospitalaria, realización de procedimientos, uso de patio o pisingo.	100.0
54	MANEJO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS: Revise que los equipos biomédicos (cálculos) tengan impresos y en lugar visible la guía rápida de uso. Pida a dos colaboradores que describan su manejo	100.0
55	MANTENIMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS: Revise los registros de mantenimientos preventivos y/o correctivos realizados a los equipos, según cronograma.	100.0
56	MANTENIMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS: Indague por el conocimiento de los colaboradores sobre el procedimiento de reporte de mal funcionamiento en los equipos	100.0
57	El personal de la institución relaciona la misión y visión institucional y cómo aporta al cumplimiento de las mismas desde su puesto de trabajo	100.0
58	Los colaboradores conocen cómo se enseña y/o divulga en este servicio los deberes y derechos a los usuarios?	100.0
59	Los colaboradores y personal en formación han recibido inducción específica en su puesto de trabajo e inducción general en la ESE?	100.0
60	Los colaboradores conocen el plan de emergencias, rutas de evacuación y puntos de encuentro	100.0
61	Pida a los colaboradores que mencionen 3 patologías frecuentes en el servicio y que presenten las Guías Clínicas de Atención respectivas. Le han capacitado? Como se mide la adherencia a las mismas?	100.0
62	Los colaboradores están bien presentados, identificados y con disposición y amabilidad para brindar información?	100.0
63	¿Llavan las batas, tapabocas y demás insumos de dotación mínimos necesarios? EPP	100.0
64	Los colaboradores tienen las uñas cortas y libres de esmalte?	100.0
65	Se realiza medición y análisis de indicadores de giro cama, infecciones, eventos de Seguridad, entre otros.	100.0
66	Las condiciones generales de aseo y limpieza del área son adecuadas (patas de espera, baños públicos, pasillos, paredes, puertas)	100.0
67	El orden es adecuado en el servicio? (no hay elementos fuera de su sitio, no se usan los espacios para cosas diferentes a las de su uso original. Revise depósitos, cuartos de trabajo, almacenamiento, etc.)	100.0
68	La segregación de residuos es adecuada según el color de las canecas, la rotulación es adecuada	100.0
69	Para manejo de corto puntantes y otros verificar que los contenedores rígidos estén debidamente fijados y rotulados con la fecha de inicio	100.0
70	Se aplican las medidas tendientes a impedir el cruce entre los residuos, la ropa contaminada y la alimentación destinada a los pacientes.	100.0

MEJOR DEL 70% DEFICIENTE

100.0



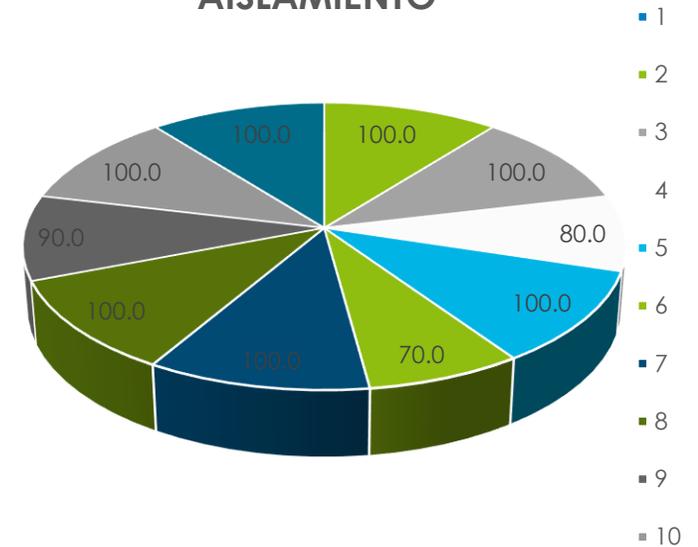
MES EVALUADO. JUNIO 2025		CODIGO: DI-HA-G-015
PACIENTE CRITICO EN UCI		VERSION: 01
TOTAL APLICADAS 34		PAGINA: 1 DE 1
		REDUCIR RIESGO DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO
No.	Estándares a evaluar	
1	Revisión del estado de limpieza (de la unidad)	100,0
2	Revisión de material expuesto sondas – aspirador –guantes (estériles y no estériles para cuidado del paciente) mascarillas, servilletas , sueros de limpieza , ambu, mascarilla y útiles de aseo personal	100,0
3	Revisión de límites de alarma y adecuado funcionamiento (monitor y respirador)	100,0
4	Preparación de registros y graficas tratamiento de enfermería hoja de valoración ,plan de cuidados valoración de formato de mapeo y upp	100,0
5	Traslado de paciente a uci , monitorización completa ecg, pulsioximetría ,T arterial (invasiva y no invasiva) y demás constante que requiera el paciente.	100,0
6	Revisión del estado hemodinamicamente el estado del paciente y reparación general del paciente y actuaciones necesarias requeridas	100,0
7	Conexión a oxigeno terapia o ventilación mecánica según el caso	100,0
8	Presentación al paciente según el estado de conciencia del paciente	100,0
9	Visualizar estado vías existentes catéter y de sondas instauradas	100,0
10	Verificar la higiene del paciente	100,0
MENOR DEL 70% DEFICIENTE		100,0
DE 70A 79% ACEPTABLE		
DE 80 A 89% BUENO		
DE 90 A 100% EXCELENTE		
OBSERVACIONES		





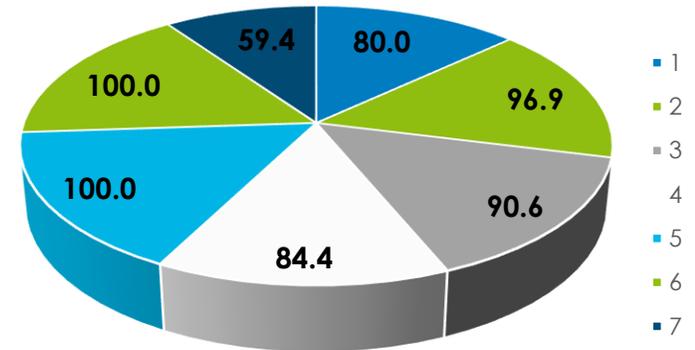
MES EVALUADO. JUNIO 2025		CODIGO: DI-HA-G-015
LISTA DE CHEQUEO A PROTOCOLO DE AISLAMIENTO		VERSION: 01
TOTAL APLICADAS 9		PAGINA: 1 DE 1
No.	Estándares a evaluar	LISTA DE CHEQUEO DE ADHERENCIA A PROTOCOLO DE AISLAMIENTO
1	Existe protocoló de medidas de aislamiento)	100.0
2	Protocolo de fácil acceso	100.0
3	En el momento del ingreso del paciente a sala de espera, el vigilante identifica los pacientes con tos persistente, a los cuales se ofrece medidas de protección como tapabocas.	80.0
4	El médico indica desde el ingreso la orden de aislamiento al paciente que lo requiera, quedando registrado en la historia clínica con recomendaciones.	100.0
5	Personal de enfermería clasifica el paciente aislado con el sticker de color azul en el brazalete y en el tablero de identificación de acuerdo al protocolo.	70.0
6	Confirme si la categoría de aislamiento que tiene el paciente corresponde con el diagnóstico y por lo tanto a la placa de la puerta.	100.0
7	Mediante observación directa verifique que la habitación se encuentre en óptimas condiciones estructurales para el cumplimiento de las barreras de aislamiento (cáncamos para las batas y placas, dispensadores con alcohol Glicerinado, caneca roja en el interior o en su defecto con bolsa roja, etc)	100.0
8	Mediante observación directa verifique que en la habitación se encuentren los elementos de protección personal indicados para el tipo de aislamiento.	90.0
9	Mediante observación directa verifique que los familiares y acompañantes del paciente aislado cumplen con las indicaciones de manejo de su paciente en cuanto al uso de elementos de protección personal e higiene de manos.	100.0
10	En general, al entrevistar a los familiares evidencia que éstos han sido informados sobre las normas de aislamiento que deben cumplir y las precauciones necesarias para evitar una contaminación.	100.0
MENOR DEL 70% DEFICIENTE		94,0
DE 70A 79% ACEPTABLE		
DE 80 A 89% BUENO		
DE 90 A 100% EXCELENTE		

LISTA DE CHEQUEO DE ADHERENCIA A PROTOCOLO DE AISLAMIENTO



MES EVALUADO. JUNIO 2025		CODIGO: DI-HA-G-015
PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN		VERSION: 01
TOTAL APLICADAS 34		PAGINA: 1 DE 1
No.	Estándares a evaluar	PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN
1	Evidencia de diligenciamiento de escalas para prevenir UPP	80,0
2	Valoración diaria del estado de la piel y cuando se produzcan cambios.	96,9
3	Lubricación de la piel en cada turno	90,6
4	Cambios posturales cada 2 horas y estimular Deambulación.	84,4
5	Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, otros.	100,0
6	Educación a la familia sobre cuidados del paciente.	100,0
7	Registro diario en kardex de identificación y cuidados del paciente con riesgo.	59,4
MENOR DEL 70% DEFICIENTE		87,3
DE 70A 79% ACEPTABLE		
DE 80 A 89% BUENO		
DE 90 A 100% EXCELENTE		
OBSERVACIONES		

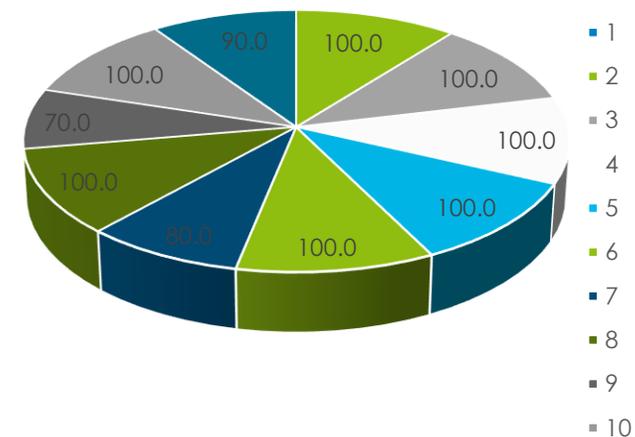
PREVENCIÓN DE UPP



MES EVALUADO. JUNIO 2025		CODIGO: DI-HA-G-015
PACIENTE CON RIESGO CARDIACO		VERSION: 01
TOTAL APLICADAS 34		PAGINA: 1 DE 1
		PACIENTE CON RIESGO CARDIACO
No.	Estándares a evaluar	
1	Informar previamente al paciente del procedimiento a realizar y solicitar su consentimiento y colaboración en los casos en los que sea posible Informar y educar al paciente y su familia sobre el procedimiento a realizar, cuidados. Favorecer un espacio que le brinde privacidad al paciente	100,0
2	Informar previamente al paciente del procedimiento a realizar y solicitar su autorización y colaboración en los casos en los que sea posible	100,0
3	Verificar la identidad del paciente, tanto preguntándole, cómo comprobando con su pulsera identificativa si paciente de atención intrahospitalaria.	100,0
4	Preparar previamente el material anteriormente citado	100,0
5	Tratar de guardar la intimidad del paciente, estando con la puerta cerrada y cubriéndole en la medida que sea posible	100,0
6	Realizar lavado de manos.	80,0
7	Traslade el material al lado del usuario.	100,0
8	Preservar la intimidad del usuario.	70,0
9	Ayudar al usuario a bajar de las escaleras, dejándolo en posición cómoda y adecuada, permitiendo que pueda vestirse y tenga acceso a sus objetos personales.	100,0
10	Indicar fecha y hora para entrega de los resultados	90,0
MENOR DEL 70% DEFICIENTE		94,0
DE 70A 79% ACEPTABLE		
DE 80 A 89% BUENO		
DE 90 A 100% EXCELENTE		

OBSERVACIONES

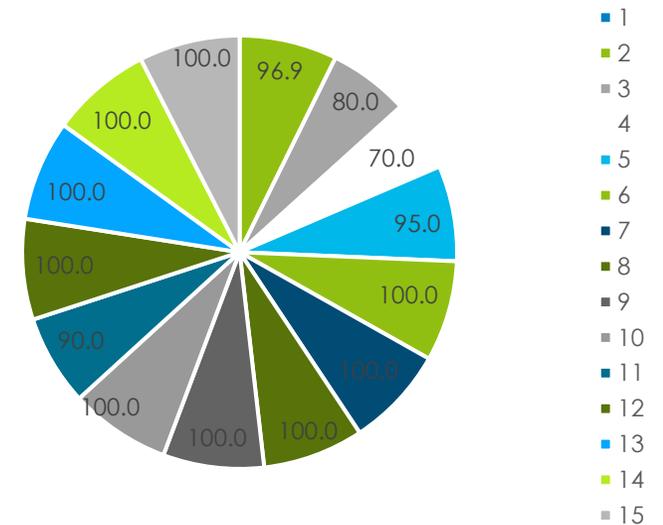
REDUCIR RIESGO DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO



MES EVALUADO. JUNIO 2025		CODIGO: DI-HA-G-015
LISTA DE CHEQUEO ADMINISTRACION CORRECTA DE MEDICAMENTOS		VERSION: 01
APLICADAS 34		PAGINA: 1 DE 1
		LISTA DE CHEQUEO ADMINISTRACION CORRECTA DE MEDICAMENTOS
No.	Estándares a evaluar	
1	Higiene de Manos	96.9
2	Antecedente de Alergias	80.0
3	Toma de signos vitales	70.0
4	Medicamento correcto	95.0
5	Dosis correcta	100.0
6	Vía de administración correcta	100.0
7	Hora correcta	100.0
8	Paciente correcto	100.0
9	Tecnica correcta	100.0
10	Velocidad de inficcion correcta	90.0
11	Caducidad correcta	100.0
12	Registrar usted mismo	100.0
13	No administrar Bajo ordenes verbales	100.0
14	Educar al paciente y su familia	100.0
MENOR DEL 70% DEFICIENTE		95.1
DE 70A 79% ACEPTABLE		
DE 80 A 89% BUENO		
DE 90 A 100% EXCELENTE		

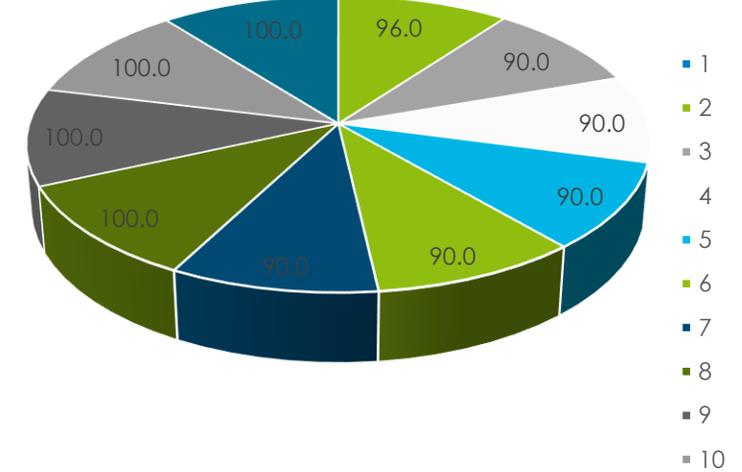
OBSERVACIONES

LISTA DE CHEQUEO ADMINISTRACION CORRECTA DE MEDICAMENTOS



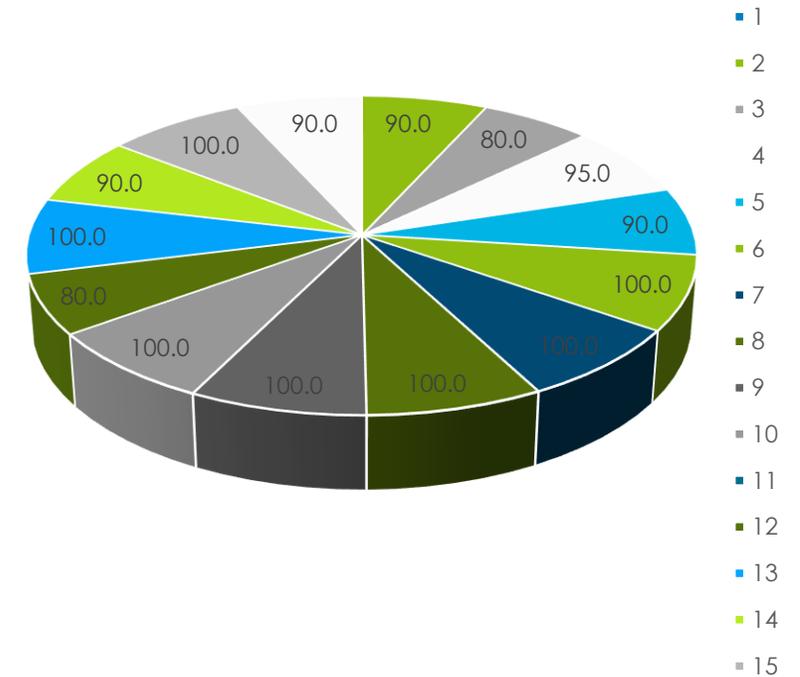
MES EVALUADO. JUNIO 2025		CODIGO: DI-HA-G-015
GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENE EN LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO		VERSION: 01
TOTAL APLICADAS 34		PAGINA: 1 DE 1
		GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENE EN LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO
No.	Estándares a evaluar	
1	El funcionario se presenta y saluda al paciente?	96,0
2	Verifica el nombre del paciente?	90,0
3	Cumple con las normas de Bioseguridad?	90,0
4	Le explica al usuario sobre el procedimiento que se le va a realizar?	90,0
5	Responde las preguntas que le hace el paciente?	90,0
6	Realiza el sangrado de acuerdo con la manual de toma de muestra?	90,0
7	Identifica bien los tubos de acuerdo a los exámenes a tomar?	100,0
8	Informa al usuario sobre el proceso de entrega de resultados?	100,0
9	Da recomendaciones al paciente ante un evento después del proceso de la toma de la muestra y qué hacer?	100,0
10	Descarta los elementos utilizados en el procedimiento según el protocolo de eliminación de desechos?	100,0
MENOR DEL 70% DEFICIENTE		94,6
DE 70A 79% ACEPTABLE		
DE 80 A 89% BUENO		
DE 90 A 100% EXCELENTE		

GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENE EN LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO



MES EVALUADO. JUNIO 2025		CODIGO: DI-HA-G-015
LISTA DE CHEQUEO DE TRANSFUSION SANGUINEA		VERSION: 01
TOTAL APLICADAS 38		PAGINA: 1 DE 1
LISTA DE CHEQUEO DE TRANSFUSION SANGUINEA		
No.	Estándares a evaluar	
1	El profesional de enfermería conoce la Vigilancia del paciente transfundido: antes, durante y después de la transfusión. Signos vitales antes de transfusión, consentimiento informado. Durante: vigilancia de dificultad respiratoria, enrojecimiento, alergias, fiebre, hematuria, cefalea, dolor torácico, al finalizar signos vitales diligenciamiento de reacción post transfusional, envío de bolsas a laboratorio clínico, control de hematocrito y hemoglobina a las 6 horas, educación de recomendaciones de egreso post transfusión.	90,0
2	El paciente transfundido identifica las reacciones de la transfusión: fiebre o escalofrío, dolor o sangrado en el sitio de la transfusión, náuseas o vómito, debilidad o mare, dolor torácico, sangrado n la orina, enrojecimiento o acaloramiento en la cara, ronchas o rasquiña, dificultad para respirar. Y la conducta que debe seguir al presentar esta reacción.	80,0
3	El enfermero registra la totalidad de controles de la transfusión fecha, nombre del paciente, HC, signos vitales pre transfusión y al finalización de transfusión: TA,FC,FR temperatura	95,0
4	El enfermero registra hora de inicio de transfusión hora de finalización.	90,0
5	El enfermero registra si hubo reacción transfusional, con los síntomas.	100,0
6	El enfermero realiza control de transfusión: Manejo recibido, hemoderivados transfundidos, número de bolsa, sello de calidad, cantidad aproximada transfundida, nombre de persona responsable de transfusión.	100,0
7	El enfermero@ en la Administración de la sangre, realiza comprobación final de la identidad del paciente, las bolsas de sangre y los documentos a la cabecera del paciente.	100,0
8	Verificar que los registros que hacen parte de la transfusión son ingresados o archivados en la HCL del paciente.	100,0
9	Se realiza nota de enfermería completa de la trasfusión	100,0
Profesional medico: Verificar que en la evolución medica existan		
11	Orden de trasfusión	80,0
12	Pruebas cruzadas	100,0
13	Solicitud de hemograma para verificar el estado de la hemoglobina	90,0
14	Valoración médica post transfusional	100,0
15	Órdenes de paraclínicos de control	90,0
MENOR DEL 70% DEFICIENTE		93,9
DE 70A 79% ACEPTABLE		
DE 80 A 89% BUENO		
DE 90 A 100% EXCELENTE		

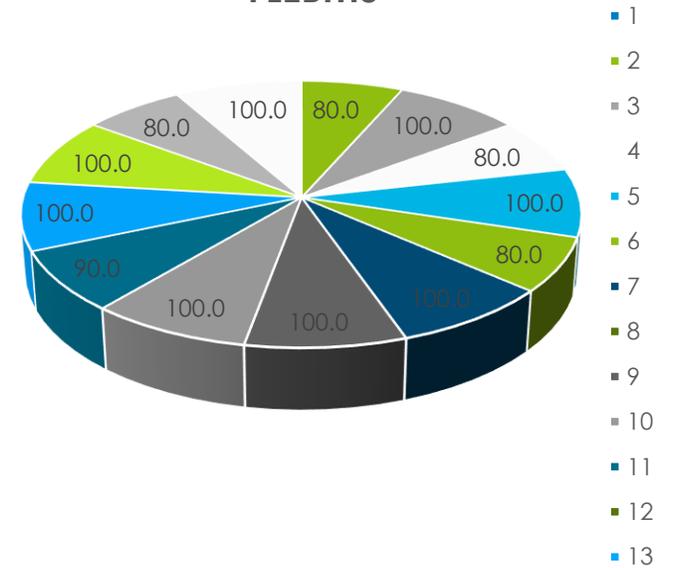
LISTA DE CHEQUEO DE TRANSFUSION SANGUINEA



MES EVALUADO: JULIO 2025		CODIGO: DI-HA-G-015
LISTA DE CHEQUEO PARA EVIDENCIAR SIGNOS DE FLEBITIS		VERSION: 01
TOTAL APLICADAS 34		PAGINA: 1 DE 1
No.	Estándares a evaluar	LISTA DE CHEQUEO DE TRANSFUSION SANGUINEA
1	Calor	80,0
2	Ardor	100,0
3	Dolor	80,0
4	Tumefacción en el trayecto de la vena	100,0
5	Eritema o enrojecimiento del canal de la zona	80,0
6	Cordón fibroso a lo largo de la luz de la vena	100,0
Permanencia del catéter		
7	24 horas	100,0
8	48 horas	100,0
9	72 horas	90,0
Mayor de 72 horas		
10	24 Hr	100,0
11	48	100,0
12	72 Hr	80,0
13	Mayor 72 Hr	100,0
MENOR DEL 70% DEFICIENTE		93,1
DE 70A 79% ACEPTABLE		
DE 80 A 89% BUENO		
DE 90 A 100% EXCELENTE		

OBSERVACIONES

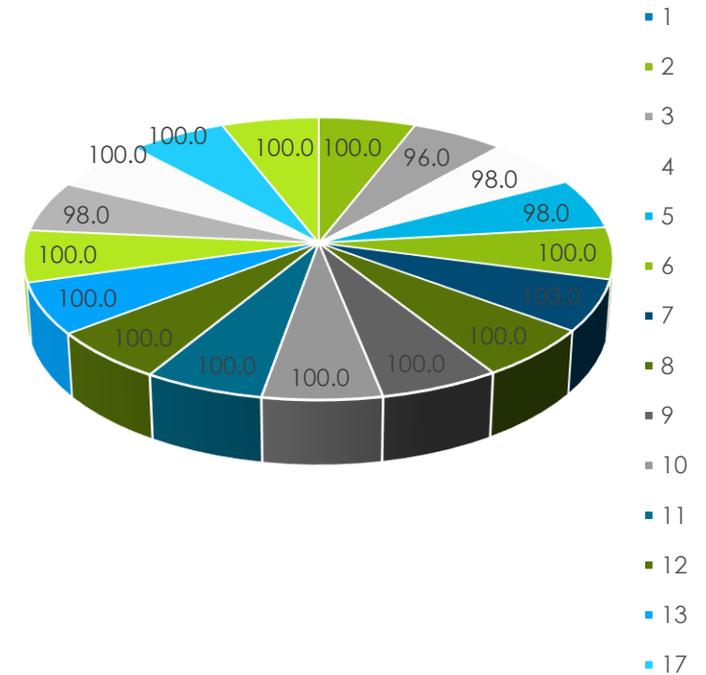
LISTA DE CHEQUEO PARA EVIDENCIAR SIGNOS DE FLEBITIS



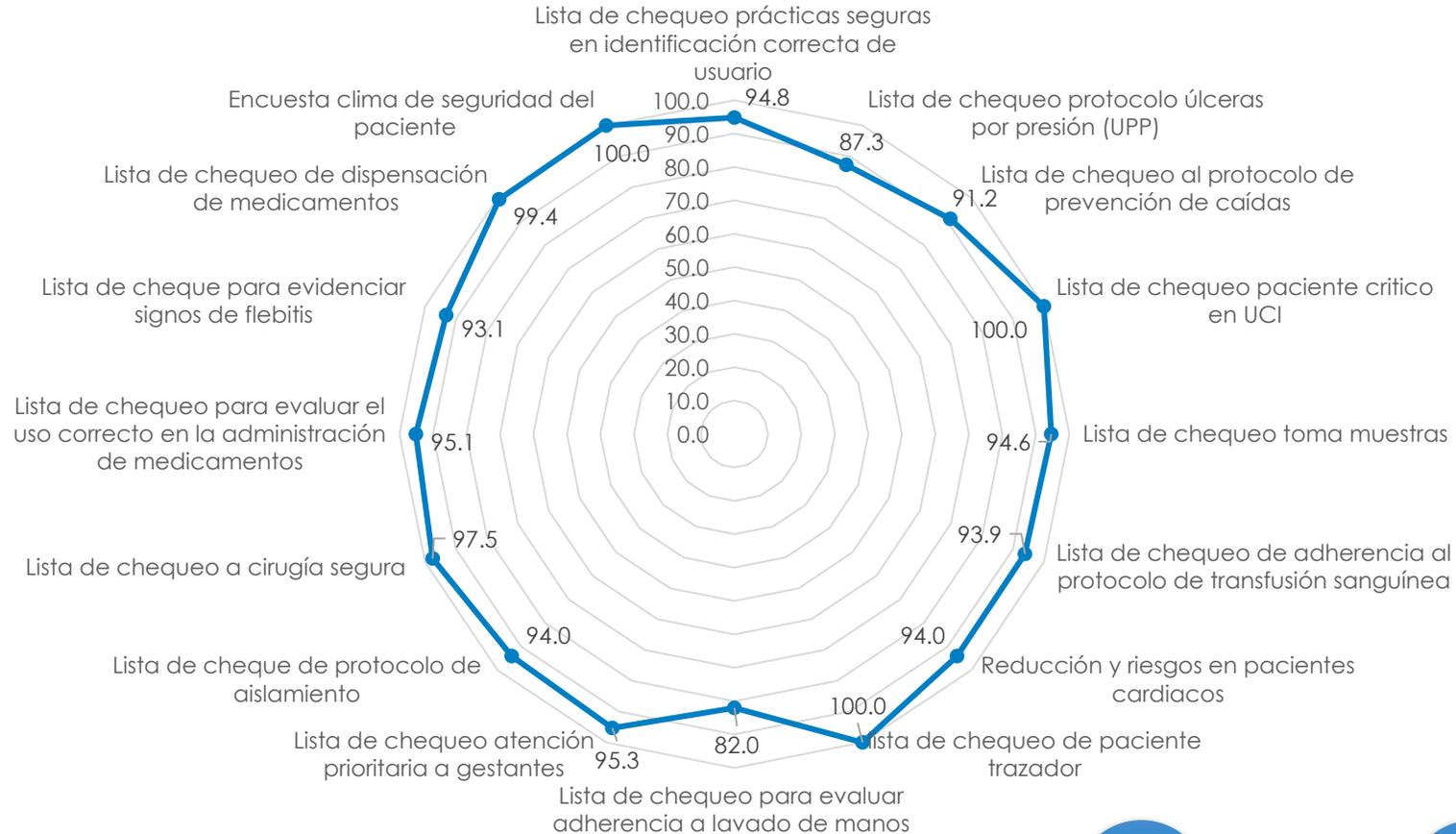
MES EVALUADO. JULIO 2025		
LISTA DE CHEQUEO DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS		
TOTAL APLICADAS 34		
No.	Estándares a evaluar	LISTA DE CHEQUEO DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS
1	Recibe la formula	100,0
2	Verifica en el sistema que la formula este autorizada	96,0
3	Digita la formula en el sistema de información	98,0
4	Interpreta la formula medica	98,0
5	Verifica que la formula medica relacione el tipo del usuario	100,0
6	Verifica la fecha de la formula medica, si ya esta vencida, debe devolver al paciente al lugar respectivo.	100,0
7	Verifica que la prescripción venga con las indicaciones necesarias para su administración.	100,0
8	Verifica que la formula tenga los datos del paciente : nombre dirección documento de identidad si es el caso	100,0
9	Revisa que la formula contenga: DCL, concentración, forma farmacéutica, cantidad total en números y letras, dosis diaria (frecuencia de administración) vía de administración y tiempo de tratamiento.	100,0
10	Revisa que la formula este firmada por el prescriptor, con su respectivo número de registro profesional.	100,0
11	Selecciona del estante el o los medicamentos prescritos con la formula médica.	100,0
12	Verifica la prestación ordenada	100,0
13	Verifica la concentracion ordenada.	100,0
14	Corroborar la cantidad total de unidades farmacéuticas del tratamiento completo	98,0
15	Entrega al paciente los medicamentos indicándole el medicamento y la cantidad entregada	100,0
16	Informa al paciente todo lo relacionado con el tratamiento (explicación de la formula)	100,0
17	Entrega al paciente una de las copias de la formula médica, con su respectivo documento de identidad.	100,0
MENOR DEL 70% DEFICIENTE		99,4
DE 70A 79% ACEPTABLE		
DE 80 A 89% BUENO		
DE 90 A 100% EXCELENTE		

OBSERVACIONES

**LISTA DE CHEQUEO
DISPENSACIÓN DE
MEDICAMENTOS**



APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO



1er Semestre 2024

4 Listas de Chequeo

2do Semestre 2024

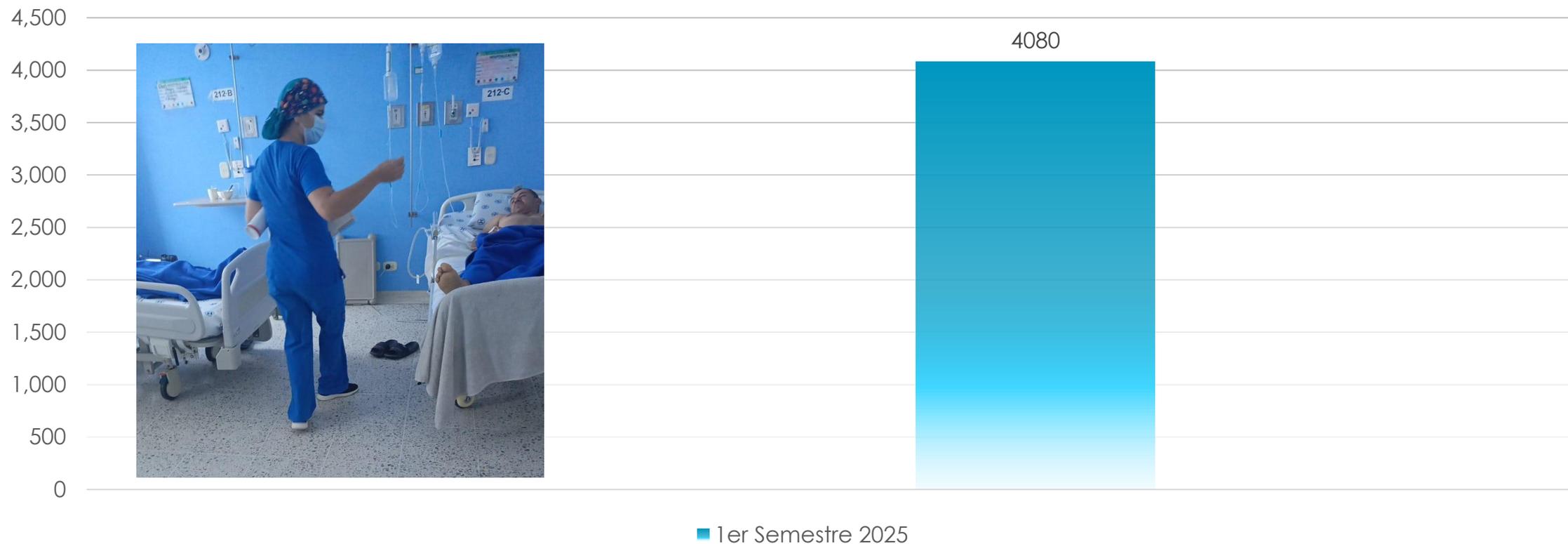
16 Listas de Chequeo

1er Semestre 2025

17 Listas de Chequeo

AUTOUIDADO AL PACIENTE Y AL FAMILIAR EN PAQUETES INSTRUCCIONALES

EDUCACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES



REPORTES

1ER SEMESTRE 2025

- **194 Reportes**

CLASIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

TOTAL DE EVENTOS ADVERSOS 2025

EVENTOS ADVERSOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	TOTAL
CAIDAS	0	0	0	0	0	4	1	5
FLEBITIS	3	1	0	0	0	2	0	6
REACCION A MEDICAMENTOS	0	2	3	0	2	0	1	8
FUGAS	2	0	2	1	0	0	0	5
UPP	1	0	0	0	0	0	0	1
DOSIS INADECUADA DE MEDICAMENTO	1	0	0	0	0	0	0	1
ISO	1	0	0	0	0	2	0	3
LIMITACION PARA UN DIGNOSTICO TERAPEUTICO	0	1	0	0	0	0	0	1
PERDIDA DE MUESTRA	0	1	0	0	0	0	0	1
HEMATOMA (EN CARA) LUEGO DE LAVADO NASAL	0	0	1	0	0	0	0	1
DIBULGACION DE EXAMNE DE LABORATORIO (HIV)	0	0	1	0	0	0	0	1
INADECUDO PROCESO PARA TOMA DE TSH	0	0	0	0	1	0	0	1
GOTEO INCORRECTO	0	0	0	0	0	1	0	1
INGRESO A UCI NO PROGRAMADO	0	0	0	0	0	1	0	1
MUERTE EN MEJOR DE 5 AÑOS	0	0	0	0	0	0	1	1
NO VALIDACION DE MEDIDORES DEL MEDLAB PARA TOMAS DE TSH NEONATAL	0	0	0	0	0	0	1	1
MAL DISPENSACION DE DISPOSITIVOS MEDICOS	0	0	0	0	0	0	1	1
RETENCION URINARIA	0	0	0	0	0	0	0	0
APLICACIÓN INCORECTA DE MEDICAMENTO	0	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL	8	5	7	2	2	12	6	40

GESTIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	PRIMER SEMESTRE 2025
FORMATO DE SUCESOS DE SEGURIDAD RES N° 026 DEL 2025	SI
FORMATO YO REPORTO RES N° 302 DEL 2025	SI
ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA RES N° 003 DEL 2025	ACTUALIZADO

PLANES DE MEJORA ENTES DE CONTROL

Mortalidades menores de 5 años

- Ocho Acciones con cierre al 30 de junio

Compresoma

- Cuatro Acciones con cierre al 30 de junio

REVISION ACTIVIDADES DE CUMPLIMIENTO MORTALIDAD POR IRA EN MENOR DE 5 AÑOS IRA - DEJB 1081428639

muchas gracias.

BLANCA NUBIA RODRÍGUEZ SÁENZ
Profesional Especializado
Coordinador Garantía de la Calidad
E.S.E. Hospital San Antonio de Padua
La Plata Huila
Cel. 3167573344

Responder Responder a todos Reenviar

IVC Secretaria de salud departamental de Huila - rvcsoh@gmail.com

Par: @ Calidad; @ Subgerencia HDSAP; @ Seguridad del paciente; @ Gerencia HDSAP

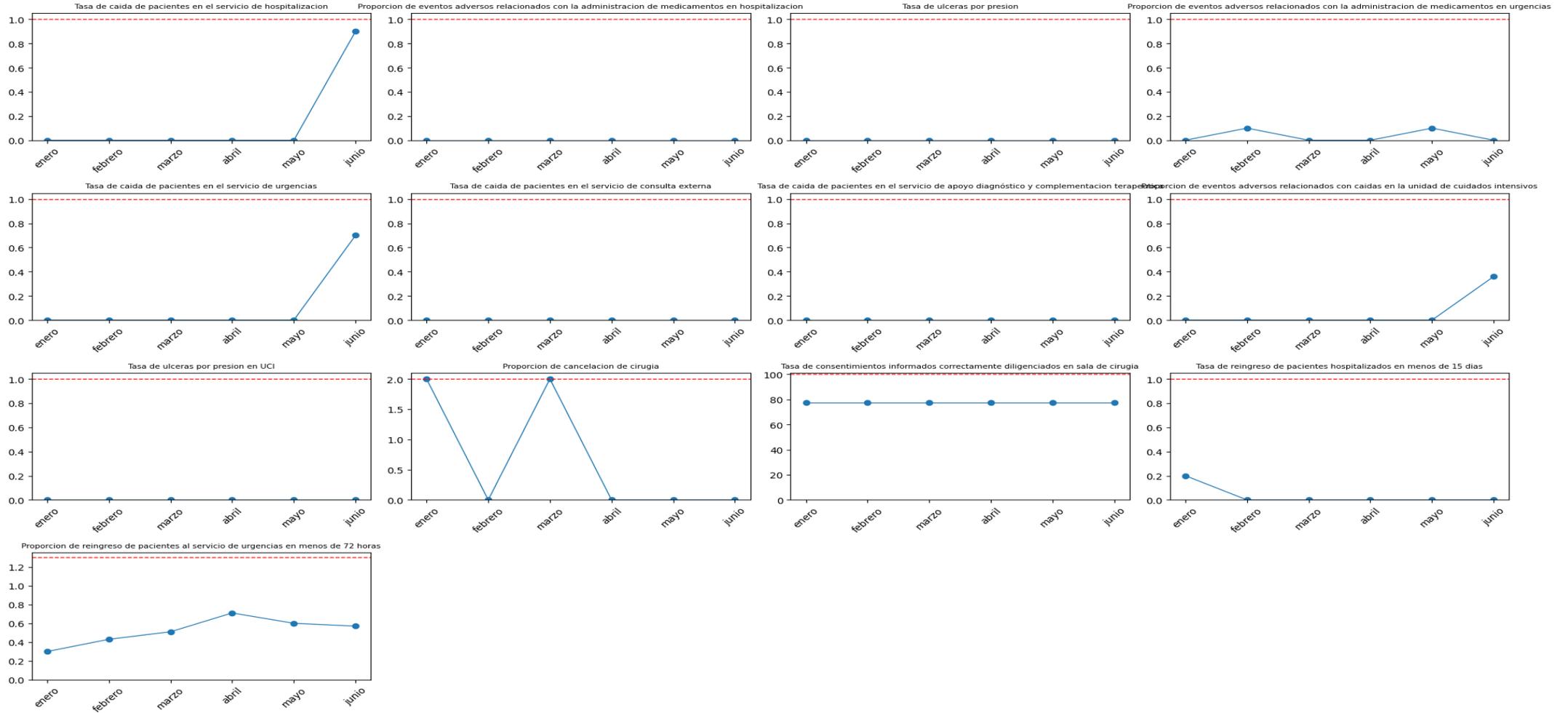
Lun 21/07/2025 3:27 PM

Buenas tardes, posterior a la revisión de las actividades enviadas por la ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA, el grupo de IVC informa que estas cumplen a satisfacción con los compromisos establecidos en el plan de mejora.

Gracias.

HALLAZGO Y/O SITUACION ENCONTRADA	COMENTARIO	ANALISIS DE CAUSA RAIZ	¿QUE SE VA A REALIZAR?	EVIDENCIAS	RESPONSABLE DE REALIZAR	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2 - CIERRE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	RESPONSABLE DE LA VERIFICACION
NO SE EVIDENCIA SOCIALIZACION DE PROTOCOLOS, PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, LISTAS DE CIERRE DE SERVICIO DE CIRUGIA	ACTUALIZACION DE LISTAS DE CIERRE Y PROTOCOLOS IDENTIFICACIONES Y POSTERIORMENTE SOCIALIZACION DE LOS MISMOS	DESCOMPLETAMIENTO DE PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, LISTAS DE CIERRE DE SERVICIO DE CIRUGIA	PLANEAR	Revisión de Protocolos de atención de la Unidad de Cirugía para la actualización de la lista de verificación para la seguridad del paciente de la Unidad de Cirugía. (CPE INVESTIGACIÓN 11/18/2024, lista de chequeo quirúrgico POPS-GM-C-002 VENTURA 02/10/2024)	Documentos actualizados (Protocolos de actualización de la lista de verificación de la lista de verificación para la seguridad del paciente de la Unidad de Cirugía, lista de chequeo quirúrgico, validación con el área administrativa de atención correspondiente)	Equipo de calidad Equipo interdisciplinario (IP) Cirugía	21/08/2025	30/06/2025	30/06/2025	Ingerencia Técnica-Cirugía Equipo de calidad Seguridad del paciente
			ACTUAR	Socialización de Protocolos de atención de la lista de verificación para la seguridad del paciente de la Unidad de Cirugía, procedimientos, actualizados y presentados al IP Cirugía.	Lista de verificación Presentación de lista de verificación al IP Cirugía	Equipo interdisciplinario (IP) Cirugía Lider: seguridad del paciente	21/08/2025	30/06/2025	30/06/2025	Ingerencia Técnica-Cirugía Equipo de calidad Seguridad del paciente
			VERIFICAR	Revisión de la efectividad de la socialización de los protocolos.	Seguridad del paciente Medios de comunicación	Seguridad del paciente Medios de comunicación	21/08/2025	30/06/2025	30/06/2025	Ingerencia Técnica-Cirugía Equipo de calidad Seguridad del paciente
			ACTUAR	Revisión de los resultados del plan y el cierre de las acciones.	Revisión de los resultados del plan y el cierre de las acciones.	Revisión de los resultados del plan y el cierre de las acciones.	21/08/2025	30/06/2025	30/06/2025	Ingerencia Técnica-Cirugía Equipo de calidad
NO DILIGENCIAMIENTO ADECUADO DE HISTORIA CLINICA	NOTAS DE EFICACIA, CIERRE DE CASOS, CORTES DE COMPRESAS, NOTAS DE INICIO DEL PROCEDIMIENTO Y NO SE REGISTRA BIEN LOS DATOS DE LOS DIFERENTES HOMBROS QUIRURGICOS	NO ADECUACION A DILIGENCIAMIENTO ADECUADO DE HISTORIA CLINICA	PLANEAR	Revisión de los resultados de la diligenciación de la historia clínica.	Revisión de los resultados de la diligenciación de la historia clínica.	Equipo de calidad Equipo de calidad de documentación	21/08/2025	30/06/2025	30/06/2025	Ingerencia Técnica-Cirugía Equipo de calidad Seguridad del paciente
			ACTUAR	Revisión de los resultados de la diligenciación de la historia clínica.	Revisión de los resultados de la diligenciación de la historia clínica.	Equipo de calidad Equipo de calidad de documentación	21/08/2025	30/06/2025	30/06/2025	Ingerencia Técnica-Cirugía Equipo de calidad Seguridad del paciente
			VERIFICAR	Revisión de los resultados de la diligenciación de la historia clínica.	Revisión de los resultados de la diligenciación de la historia clínica.	Equipo de calidad Equipo de calidad de documentación	21/08/2025	30/06/2025	30/06/2025	Ingerencia Técnica-Cirugía Equipo de calidad Seguridad del paciente
			ACTUAR	Revisión de los resultados de la diligenciación de la historia clínica.	Revisión de los resultados de la diligenciación de la historia clínica.	Equipo de calidad Equipo de calidad de documentación	21/08/2025	30/06/2025	30/06/2025	Ingerencia Técnica-Cirugía Equipo de calidad Seguridad del paciente
DILIGENCIAMIENTO INCOMPLETO DE FIRMAS Y LISTAS DE CIERRE QUIRURGICO	RESTRUMENTADO DE REALIZAR VERIFICACION DE DILIGENCIAMIENTO COMPLETA Y LISTAS DE CIERRE QUIRURGICO	NO ADECUACION A DILIGENCIAMIENTO DE LISTAS DE CIERRE QUIRURGICO	PLANEAR	Revisión de los resultados de la diligenciación de la historia clínica.	Revisión de los resultados de la diligenciación de la historia clínica.	Equipo de calidad Equipo de calidad de documentación	21/08/2025	30/06/2025	30/06/2025	Ingerencia Técnica-Cirugía Equipo de calidad Seguridad del paciente
			ACTUAR	Revisión de los resultados de la diligenciación de la historia clínica.	Revisión de los resultados de la diligenciación de la historia clínica.	Equipo de calidad Equipo de calidad de documentación	21/08/2025	30/06/2025	30/06/2025	Ingerencia Técnica-Cirugía Equipo de calidad Seguridad del paciente
			VERIFICAR	Revisión de los resultados de la diligenciación de la historia clínica.	Revisión de los resultados de la diligenciación de la historia clínica.	Equipo de calidad Equipo de calidad de documentación	21/08/2025	30/06/2025	30/06/2025	Ingerencia Técnica-Cirugía Equipo de calidad Seguridad del paciente
			ACTUAR	Revisión de los resultados de la diligenciación de la historia clínica.	Revisión de los resultados de la diligenciación de la historia clínica.	Equipo de calidad Equipo de calidad de documentación	21/08/2025	30/06/2025	30/06/2025	Ingerencia Técnica-Cirugía Equipo de calidad Seguridad del paciente

INDICADORES 0256



ESTRATEGIA MULTIMODAL

Marco de autoevaluación de la higiene de las manos		Organización Mundial de la Salud	
			
<p>Adaptado a Colombia, marzo de 2020 por Marcela Pilar Rojas Díaz. Profesional Especializado y Sandra Milena Corredor Suárez. Contratista</p> <p>El Marco de autoevaluación de la higiene de las manos es un instrumento sistemático que permite obtener un análisis de la situación de las prácticas de higiene de las manos y su promoción en cada institución prestadora de servicios de salud (IPS).</p> <p>Objetivo: Facilitar el diagnóstico en la implementación del programa de higiene de manos al permitir identificar los logros, recursos y planes de acción o mejora.</p> <p>Instrucciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realice la evaluación de la higiene de manos en su institución, seleccione una respuesta de la lista desplegable (de acuerdo a la respuesta tendrá una puntuación). 2. Basados en los hallazgos de dicha evaluación genere un plan de mejoramiento, para lo cual puede consultar y revisar los diferentes modelos para el plan de acción de acuerdo al nivel de avance de la institución. Disponible en: https://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/ 3. Los planes de mejoramiento serán solicitados por el referente del programa de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud de su entidad territorial (municipio, departamento o distrito), o en caso de ser necesario serán solicitados por el Ministerio de Salud y Protección Social. 			
Nombre de la institución:	<u>ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</u>	Fecha diligenciamiento:	
Código prestador:	<u>4,1396E+11</u>		
Responsable del diligenciamiento:	<u>LILIANA PALACIO ZAPATA</u>		oct-02
Si alguna vez había aplicado la autoevaluación ¿Cuándo fue la última vez?			

6. Interpretación

Componente	Subtotal
1. Cambio del sistema	90
2. Formación y aprendizaje	75
3. Evaluación y retroalimentación	95
4. Recordatorios en el lugar de trabajo	55
5. Clima institucional de seguridad	75
Total	390
Interpretación	Avanzado

Puntuación total	Nivel de higiene de las manos
0 - 125	Inadecuado
126 - 250	Básico
251 - 375	Intermedio (o consolidado)
376 - 500	Avanzado

COMITE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



RESOLUCIÓN 262 DE 2020

(31 de Julio 2020)

POR MEDIO DE LA CUAL SE REGLAMENTA EL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE,
EN LA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE LA PLATA - HUILA

La gerente de la empresa social del estado Hospital "SAN ANTONIO DE PADUA DE LA PLATA" en uso de las atribuciones legales y en especial las conferidas por el decreto 0107 y el acta de posesión número 098 del 31 de marzo del 2020.

CONSIDERANDO

Que la resolución 3100 de 2019 define los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicio de salud para habilitar los servicios y otras disposiciones, establece que deben de estar actualizadas e implementados las prácticas de la POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Que, dentro de las acciones para el mejoramiento continuo de la calidad, se requiere crear un grupo referente y multidisciplinario, para el desarrollo de **LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**, por lo tanto, la **ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA**, respondiendo a los requerimientos, necesidades y expectativas de los usuarios y a los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.

Que, la E.S.E Hospital San Antonio de Padua, tiene dentro de sus políticas, proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control conforme está definido en la Resolución 3100 de 2019 e implementar la Política de Seguridad del Paciente que es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud e incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, la determinación de sus causas y la formulación de las acciones orientadas a su intervención, según los lineamientos formulados por el Ministerio de la Protección Social. Que es responsabilidad de las IPS hacer seguimiento a los eventos adversos derivados de los diferentes medicamentos (Farmacovigilancia) y de los dispositivos

médicos de uso humano (Tecnovigilancia), según lo expresa el Decreto 2200 de Junio 28 de 2005 (Farmacovigilancia), el decreto 4725 de diciembre 26 de 2005 y Resolución 4816 de 2008 (Tecnovigilancia).

Que la instancia de autocontrol o de autoevaluación de la E.S.E para realizar estos procesos es el Comité de Seguridad del Paciente.



1ER SEMESTRE 2025

- 6 actas de comité de Seguridad del Paciente

CAPACITACIÓN EN POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1er
Semestre
2025

328
Capacitaciones
a Colaboradores

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



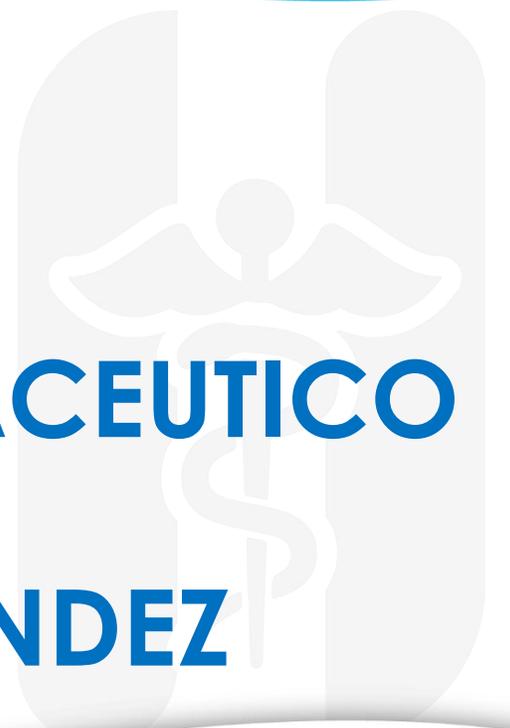


E.S.E
HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA
— *Salud Integral, Impacto Real* —

POLITICAS FARMACEUTICO

2024

D.T. FELIX MENDEZ



RESOLUCION ANTIGUA



RESOLUCION 458 DE 2018
(06 de septiembre)

POR MEDIO DE LA CUAL SE ACTUALIZAN LOS COMITES INSTITUCIONALES

El Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA DE LA PLATA en uso de las atribuciones legales y en especial las conferidas por el decreto 1600 de 2016 y el acta de posesión número 191 de 2016.

CONSIDERANDO

RESOLUCION



RESOLUCIÓN NO. Xxxx (enero 27 2025)

“Por medio del cual se actualiza el Comité de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia, en la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA, en cumplimiento del Decreto 1499 del 11 septiembre 2017”

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA, en uso de sus atribuciones legales y estatutarios, en especial las que les confiere la Ley 10 del 10 Enero, y sus decretos reglamentarios, y

Considerando

Que el Decreto 2200 del 2005 reglamenta y regula las actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico

Que el servicio farmacéutico es el servicio de atención en salud responsable de las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico científico y administrativo, relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos utilizados en la promoción de la salud y la prevención, diagnósticos, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con el fin de contribuir en forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva.

Que el programa de Fármaco-Tecnovigilancia institucional se desarrolla en el marco del comité de farmacia y terapéutica de la institución, por medio del cual se realiza la gestión de casos reportados al servicio farmacéutico y generando reportes a su vez al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, ente territorial y proveedores. De esta forma la institución contribuye con los programas nacionales de fármaco vigilancia y tecnovigilancia, aportando información al perfil de seguridad de los medicamentos y dispositivos médicos de la institución, cuyo fin ultimo es la seguridad del paciente.

F Farmacia 
Para: Jurídico; Subgerencia HDSAP; **y 1 más** Mar 25/03/2025 11:07
Cco: Farmacia; **y 1 más**

! Importancia alta

RESOLUCIÓN farmacovigilan...
343 KB

Muy buenos días.

Se realiza envío de la **resolución** ajustada por calidad, quedando así pendiente sus comentarios o posibles ajustes.

 E.S.E.Hospital Departamental <i>San Antonio de Padua</i> LA PLATA	POLÍTICA DE FARMACIA Y USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS	Fecha: 10/08/2021 Código: MDE-GPDI-PG-PO-005
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL	Versión: 03 Página No. 14 de 15

6.11. INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA

Para hacer seguimiento a los objetivos establecidos es necesario implementar:

- un protocolo del uso racional de antibióticos.
- Formato para de verificación del correcto uso de los antibióticos.
- Capacitaciones al personal médico, enfermería y usuarios

Con las evidencias contempladas en el formato se sacará un porcentaje semestral para evidenciar los posibles casos del uso racional de antibióticos.

- 1. Se cuenta con protocolo de U.R.A.**
- 2. Se cuenta con comité PROA**
- 3. Se ajustará la política y el protocolo de acuerdo con los avances que se vayan presentando en el respectivo comité, como es el caso del formato para solicitud de antibióticos, inclusión o exclusión de antibióticos restringidos.**
- 4. Las actas de los comités reposan en el servicio de calidad.**
- 5. Se cuenta con los respectivos formatos para la entrega de antibióticos de amplio espectro.**

9.5. INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA.



- Mediante las rondas de seguridad indagar a los usuarios si han presentado afectaciones por los Dispositivos Médicos
- Según los reportes recibidos por los servicios y notificados al ente territorial Invima, realizar una verificación de cuáles son los dispositivos médicos que más generan reacciones y

“Hospital Humanizado y Seguro es Nuestro Compromiso”

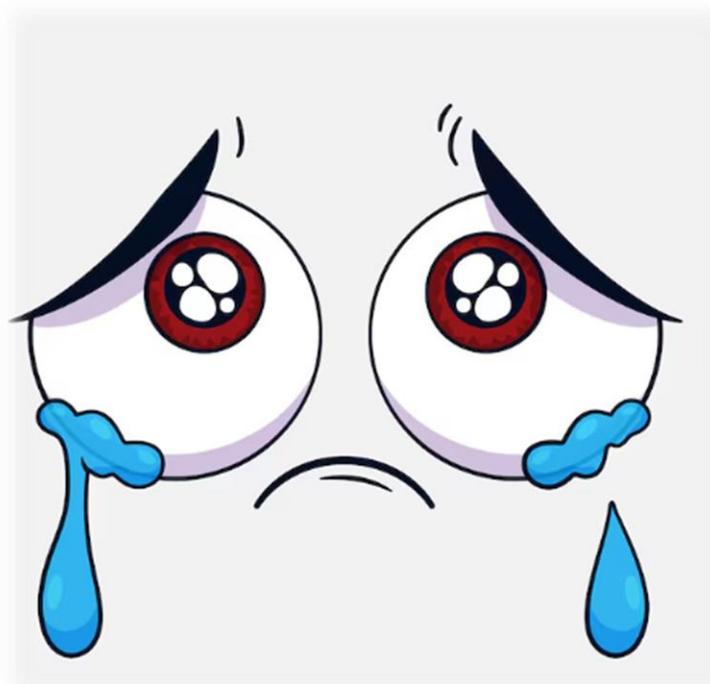
“Documento no válido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua “Documento Controlado” Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital”

 <p>E.S.E.Hospital Departamental <i>San Antonio de Padua</i> DE PADUA</p>	<p>POLÍTICA USO SEGURO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS</p>	<p>Fecha: 10/08/2021</p>
	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA</p> <p>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL</p>	<p>Código: MDE-GPDI-PG-PO-002</p> <p>Versión: 03</p>
		<p>Página No. 18 de 19</p>

socializarlos por medio de los grupos a todo el personal asistencial de la institución.

- Cuantificar cuantos eventos se presentaron en un mes con un dispositivo médico.

1. No se recibieron ni se evidenciaron eventos o incidentes por dispositivos médicos.



POLÍTICA DE PLANEACIÓN



PROPÓSITO

Institucionalizar la planificación de la E.S.E en coherencia con el propósito fundamental para la cual fue creada; y desarrollarla bajo la misión o razón de ser u objeto social, con fin de garantizar las prioridades identificadas en la entidad, efectuar el direccionamiento estratégico, desarrollar su gestión, y lograr así, un desempeño acorde a los resultados.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

- Formulación y seguimiento de la gestión Estratégica de la ESE (Misión, Visión, Objetivos estratégicos, estrategias, políticas, principios y valores).
- Desarrollo, seguimiento y evaluación de los planes estratégicos, operativos anuales y políticas.
- Fortalecimiento Organizacional.
- Seguimiento, control y evaluación del desempeño institucional.
- Seguimiento a los indicadores institucionales de producción, eficiencia y calidad.

ESTRATEGIAS

- ✓ Dar cumplimiento a la norma, decreto 1499 de 2017 a través de la ejecución del Plan de Acción MIPG.
- ✓ Consolidar, ejecutar y hacer seguimiento estricto al cumplimiento del Plan de Desarrollo y Plan Operativo Anual por Componentes dispuesto para la vigencia 2024 – 2028, el seguimiento se realizará de manera trimestral.
- ✓ Seguimiento al cumplimiento de los indicadores de gestión establecidos en la Resolución 408 de 2018.
- ✓ Acompañamiento al líder MIPG en el diligenciamiento del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión FURAG.
- ✓ Coordinar el reporte del índice de transparencia y acceso a la información ITA.
- ✓ Seguimiento al cargue efectivo y en las fechas determinadas de la circular única de la Supersalud.
- ✓ Verificación de la presentación de los informes de El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, cada trimestre ante la Junta Directiva.
- ✓ Seguimiento a los indicadores de las Políticas Institucionales, se realizará de manera semestral.
- ✓ Seguimiento al cumplimiento de las actividades e indicadores de los Planes Institucionales.
- ✓ Asesoría y acompañamiento para la actualización de las Políticas Institucionales, teniendo en cuenta la Plataforma Estratégica vigente y el instructivo de elaboración de documentos
- ✓ Realizar acciones para dar a conocer la Plataforma Estratégica al personal de la Institución.
- ✓ Preparación y logística para la rendición de cuentas anual por parte de Gerencia, dando cumplimiento a la Ley 1757 de 2015, la cual establece disposiciones para promover y proteger el derecho a la participación democrática.
- ✓ Proyección y consolidación de los Riesgos Institucionales y de corrupción, se realizará de manera anual

INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA

Para hacer seguimiento a los objetivos establecidos es adecuado implementar como indicador las metas establecidas para cada plan frente a las metas ejecutadas totalmente, es decir lo proyectado frente a lo ejecutado.

✓ INDICADORES

EJECUCIÓN DE PLANES (de Acción / Gestión):

$$\frac{\text{Número de metas ejecutadas para la vigencia}}{\text{Número de metas proyectadas en la vigencia}} \times 100$$

✓ PERIODICIDAD

Mensual, trimestral y semestral según aplique.

INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA

INSTRUCTIVO SEMAFORIZACIÓN	
CUMPLIMIENTO OPTIMO	IGUAL O SUPERIOR A 45%
CERCA AL CUMPLIMIENTO	ENTRE 35% Y 44%
NO CUMPLE	ENTRE 0% A 34%
CONSOLIDADO	
CUMPLIMIENTO OPTIMO	30
CERCA AL CUMPLIMIENTO	7
NO CUMPLE	21
INDICADOR	Número de metas cumplidas del plan de desarrollo / Número de metas programadas
METAS CUMPLIDAS	30
METAS PROGRAMADAS	58
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A 30 DE JUNIO DE 2025	52%

METAS

- **PLAN DE ACCION MIPG:** Alcanzar una ejecución del Plan de Acción Integrado MIPG igual o superior al 85%

FORMATO		mipg		FECHA EMISIÓN JUNIO 2024	
MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLAN DE ACCION INTEGRADO MIPG				CODIGO: MDE-GPDI-PG-F001	
				VERSIÓN: 02	
				PAGINA: 1 de 1	
MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLAN DE ACCION MIPG 2025					
ITEM	Política y/o Herramienta de Autodiagnóstico	No metas proyectadas	EJECUTADAS	PENDIENTES DE EJECUCION	PORCENTAJE DE EJECUCION
1	Talento Humano.	9			0%
2	Integridad.	8	5		63%
3	Planeación Institucional.	9	2		22%
4	Compras y contratacion publica	4	2		50%
5	Gobierno Digital	8	1		13%
6	Seguridad Digital.	10	3		30%
7	Servicio al Ciudadano.	7	2		29%
8	Racionalización de Trámites.	7			0%
9	Participacion Ciudadana	6	2		33%
10	Defensa Juridica	8	8		100%
11	Seguimiento y Evaluacion	9			0%
12	Transparencia y Acceso a la Informacion	8	2		25%
13	Gestion Documental	9	2		22%
14	Gestion del Conocimiento y la Innovacion	6	2		33%
15	Control Interno	11	2		18%
TOTAL		119	48	71	40%
		100%	40%	60%	
Ejecutadas		48	40%		
En Ejecucion		71	60%		

FORMATO		mipg		FECHA EMISIÓN JUNIO 2024	
MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLAN DE ACCION INTEGRADO MIPG				CODIGO: MDE-GPDI-PG-F001	
				VERSIÓN: 02	
				PAGINA: 1 de 1	
MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLAN DE ACCION MIPG 2025					
ITEM	Política y/o Herramienta de Autodiagnóstico	No metas proyectadas	EJECUTADAS	PENDIENTES DE EJECUCION	PORCENTAJE DE EJECUCION
1	Talento Humano.	9	3		33%
2	Integridad.	8	6		75%
3	Planeación Institucional.	9	5		56%
4	Compras y contratacion publica	4	3		75%
5	Gobierno Digital	8	3		38%
6	Seguridad Digital.	10	6		60%
7	Servicio al Ciudadano.	7	6		86%
8	Racionalización de Trámites.	7	4		57%
9	Participacion Ciudadana	6	4		67%
10	Defensa Juridica	8	8		100%
11	Seguimiento y Evaluacion	9	4		44%
12	Transparencia y Acceso a la Informacion	8	5		63%
13	Gestion Documental	9	4		44%
14	Gestion del Conocimiento y la Innovacion	6	5		83%
15	Control Interno	11	3		27%
TOTAL		119	69	50	58%
		100%	58%	42%	
Ejecutadas		69	58%		
En Ejecucion		50	42%		

- **PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL:** Cumplir en un 80% la ejecución del Plan de Gestión Gerencial.

1. AREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA

Indicador No. 1 | MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR

Indicador No. 2 | EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

Indicador No. 3 | GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

2. AREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Indicador No. 4-5-6-7-8-9-10-11 | NO HAN REPORTADO INFORME DE CIERRE

- **PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL:** Cumplir en un 80% la ejecución del Plan de Gestión Gerencial.

3. AREA DE GESTIÓN: CLINICA O ASISTENCIAL

INDICADOR 12. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNO HIPERTENSIVOS EN GESTANTES

INDICADOR 13. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA

INDICADOR 14. OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA

INDICADOR 15. NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRA-HOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL

INDICADOR 16. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM)

Indicador No. 17 | ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

Indicador No. 18 | TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA

Indicador No. 19 | TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA.

Indicador No. 20 | TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA

- **PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL:** Cumplir en un 80% la ejecución del Plan de Gestión Gerencial.

$$\frac{\text{NÚMERO DE INDICADORES QUE CUMPLEN EN EL SEMESTRE}}{\text{NÚMERO DE INDICADORES RES. 408 DE 2018 GESTIÓN GERENCIAL}}$$

$$\frac{8}{20} \times 100 = 40\%$$

METAS

- **PLANES INSTITUCIONALES:** Cumplir con el 100% de las actividades programadas en los cronogramas.
- Pendiente de medición para el mes de Septiembre

Avance 0%

BENEFICIOS

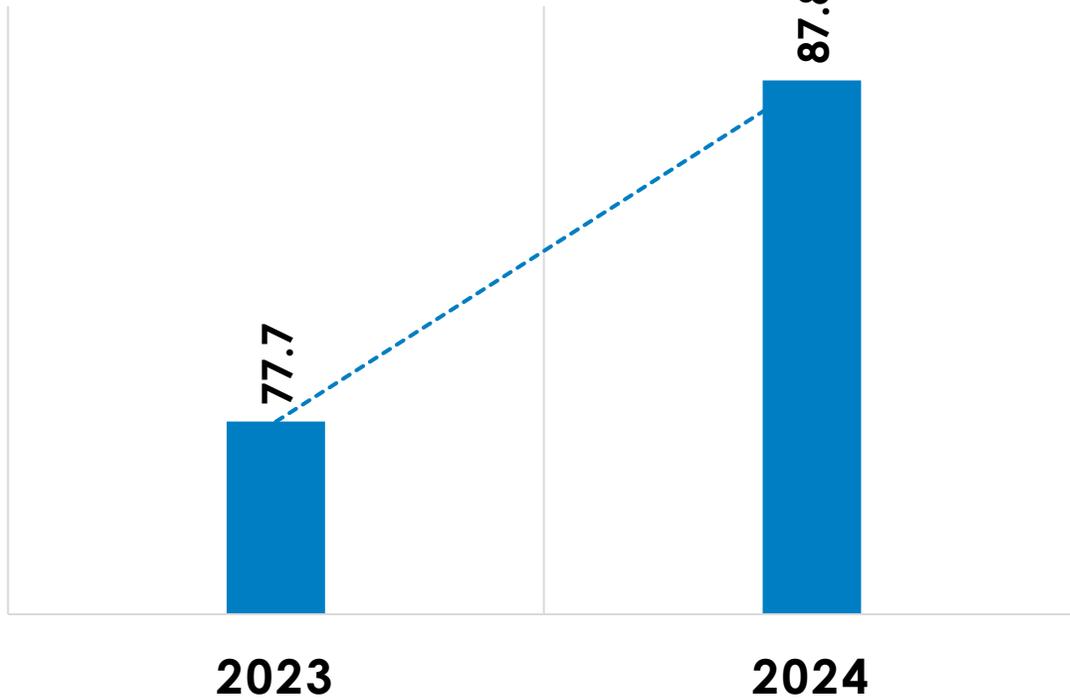
- **Mejora en la asignación de recursos:** Permite una distribución más eficiente de los recursos financieros
- **Optimización de la prestación de servicios y cumplimiento de estrategias:** El seguimiento periódico a las Políticas y Planes Institucionales y al cumplimiento del Plan de Desarrollo, facilita la identificación de áreas de mejora en la prestación de servicios de salud.
- **Cumplimiento normativo:** La Política permite que la cumpla con las regulaciones y estándares establecidos por las autoridades de salud, evitando posibles sanciones.
- **Adaptación a cambios:** La permanente actualización de la normatividad y la adherencia de los lineamientos establecidos por los entes gubernamentales, permite a la Institución adaptarse de manera proactiva a los cambios en el entorno de la salud, como nuevas tecnologías, cambios demográficos y nuevas políticas de salud.
- **Mejora en la toma de decisiones:** Proporciona una base sólida para la toma de decisiones informadas y estratégicas, lo que contribuye a la sostenibilidad y el crecimiento.
- **Fortalecimiento de la gestión:** Promueve una gestión más transparente y responsable
- **Alineación de objetivos:** Asegura que todas las áreas o dependencias trabajen en conjunto hacia objetivos comunes, lo que mejora la coordinación y la colaboración

DESEMPEÑO FURAG 2023 - 2024

10,1 Incremento



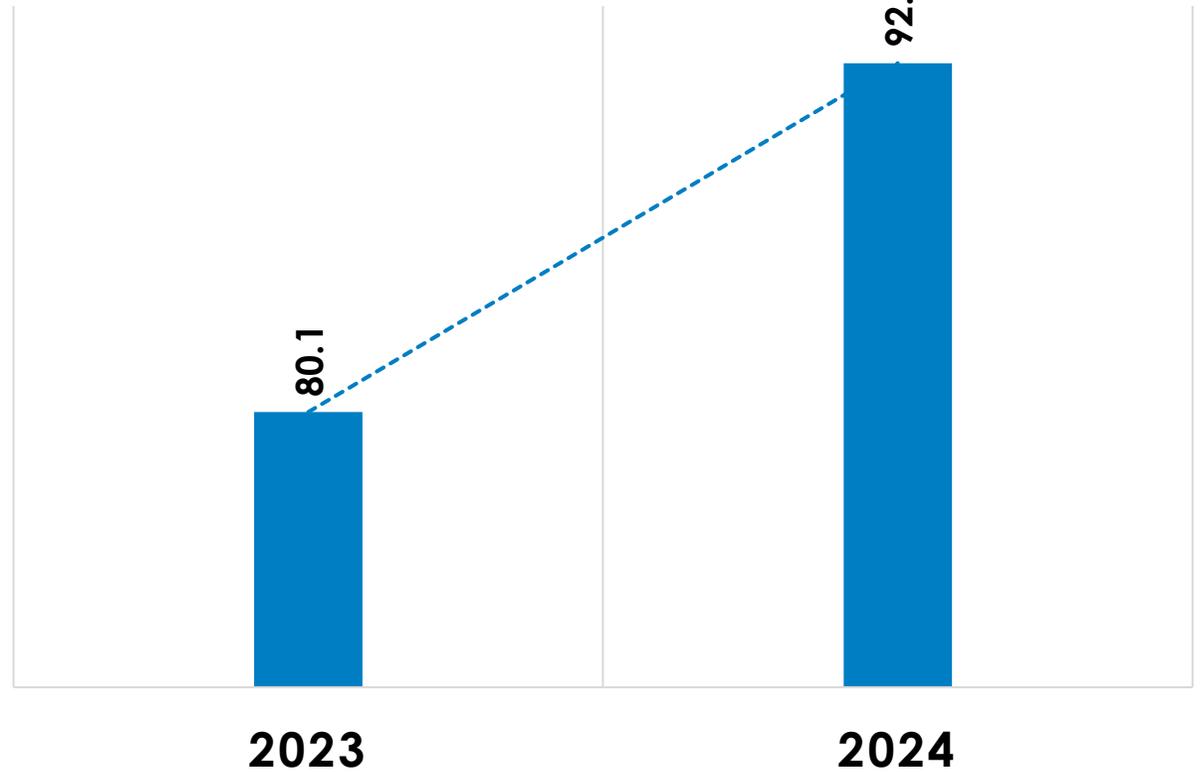
DIMENSIÓN 2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN



12,8 Incremento



POLÍTICA DE PLANEACIÓN



POLÍTICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL



PROPÓSITO

Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua, basados en el modelo integrado de planeación y gestión con cada una de las dimensiones MIPG, vinculando activamente las diecinueve políticas de gestión y desempeño institucional para la obtención de los objetivos y las metas estratégicas relacionadas en el componente misional de la institución.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

- Seguimiento al tablero de control, basado en los indicadores
- Requerimientos de solicitud de envío de información oportuna
- Notificación a Subgerencia y Calidad sobre incumplimientos de envío de indicadores de manera oportuna y/o, la no respuesta a los requerimientos

ESTRATEGIAS

- Establecer un instrumento de seguimiento del cumplimiento del modelo integrado de planeación, a través de un tablero de control.
- Fomentar en los líderes la evaluación, como practica permanente en la gestión de la entidad.
- Documentar el cumplimiento de los indicadores.
- Socializar en comité de calidad los alcances obtenidos mes a mes de tal manera que los lideres estén al tanto del cumplimiento de sus obligaciones institucionales.

INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA

- Indicador: Capacitación (Número de personas capacitadas/Número de personas meta).

$$\frac{\text{Número de personas capacitadas}}{\text{Número de personas meta}} \times 100$$
$$\frac{32}{32} \times 100 = 100\%$$

Nota: capacitaciones programadas para la vigencia 2025, 03 capacitaciones de las cuales se han realizado 02 alcanzando un **66%**

INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA

- Indicador: Número de indicadores priorizados que cumplan el 100% / número total de indicadores priorizados.

Número de indicadores priorizados que cumplan el 100%

$$\frac{\text{Número de indicadores priorizados que cumplan el 100\%}}{\text{número total de indicadores priorizados}} \times 100$$

17

$$\frac{17}{17} \times 100 = 100\% \text{ Res. 256 de primera vez Primer Semestre}$$

17

17

$$\frac{17}{17} \times 100 = 100\% \text{ Res. 1552 Primer Semestre}$$

17

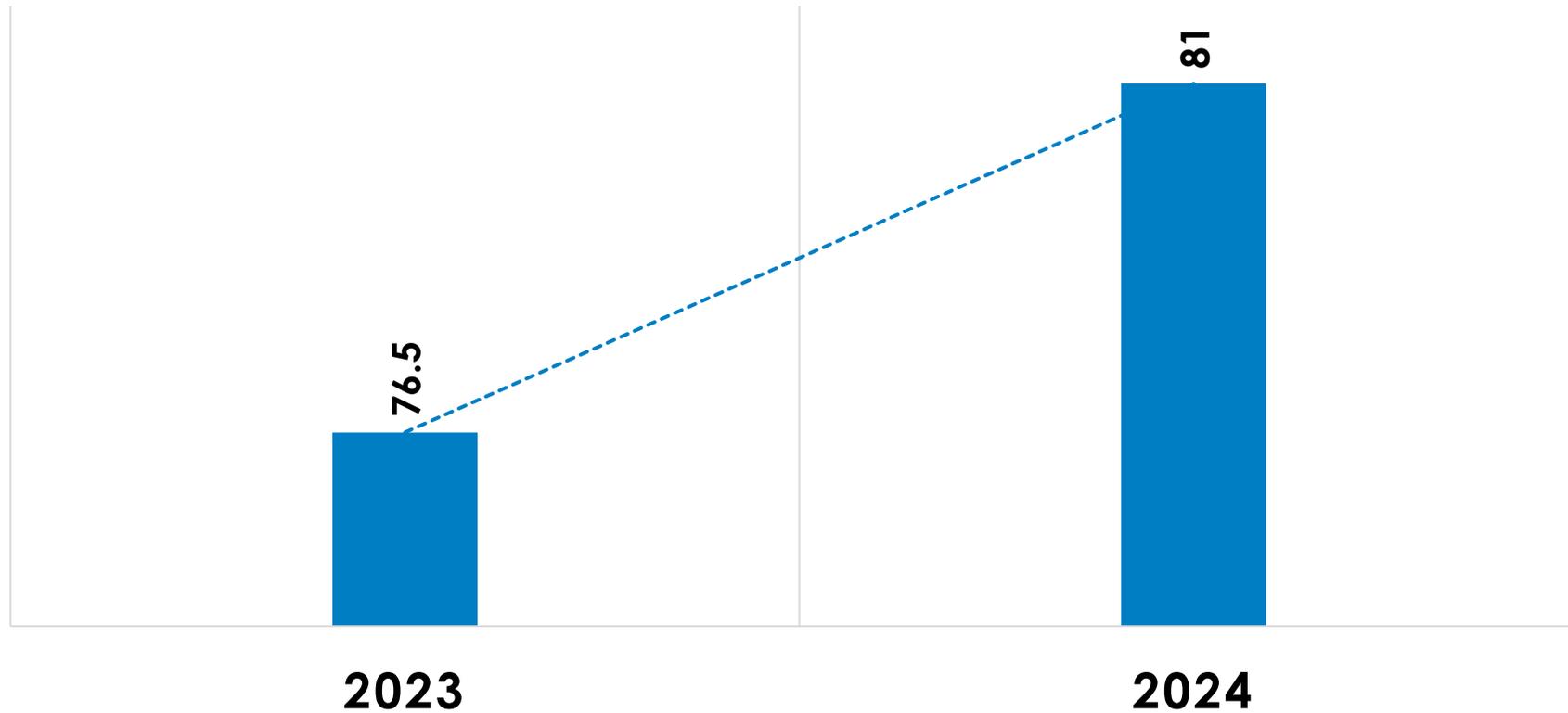
41

$$\frac{41}{41} \times 100 = 100\% \text{ Cuadro de Mando Institucional}$$

41

DESEMPEÑO FURAG 2023 - 2024

POLÍTICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL



4,5 Incremento ↑

POLÍTICA DE FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS



PROPÓSITO

La implementación de la política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos debe ser el resultado del ejercicio estratégico de la planeación institucional y los resultados obtenidos por la entidad, interiorizando todas las dimensiones de MIPG que forman parte fundamental en la integración del proceso de análisis para el fortalecimiento y formulación del análisis y la innovación organizacional.

- Estandarizar el ingreso y los tramites de procedimientos internos y externos .
- Análisis normativo de cada uno de los componentes del trámite.
- Mejorar la aplicabilidad de los procesos y procedimientos internos, comprometidos con la excelencia en la prestación de los servicios
- Fortalecer la capacitación y sensibilización en temáticas de eficiencia administrativa, asistencial a los usuarios.

INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA

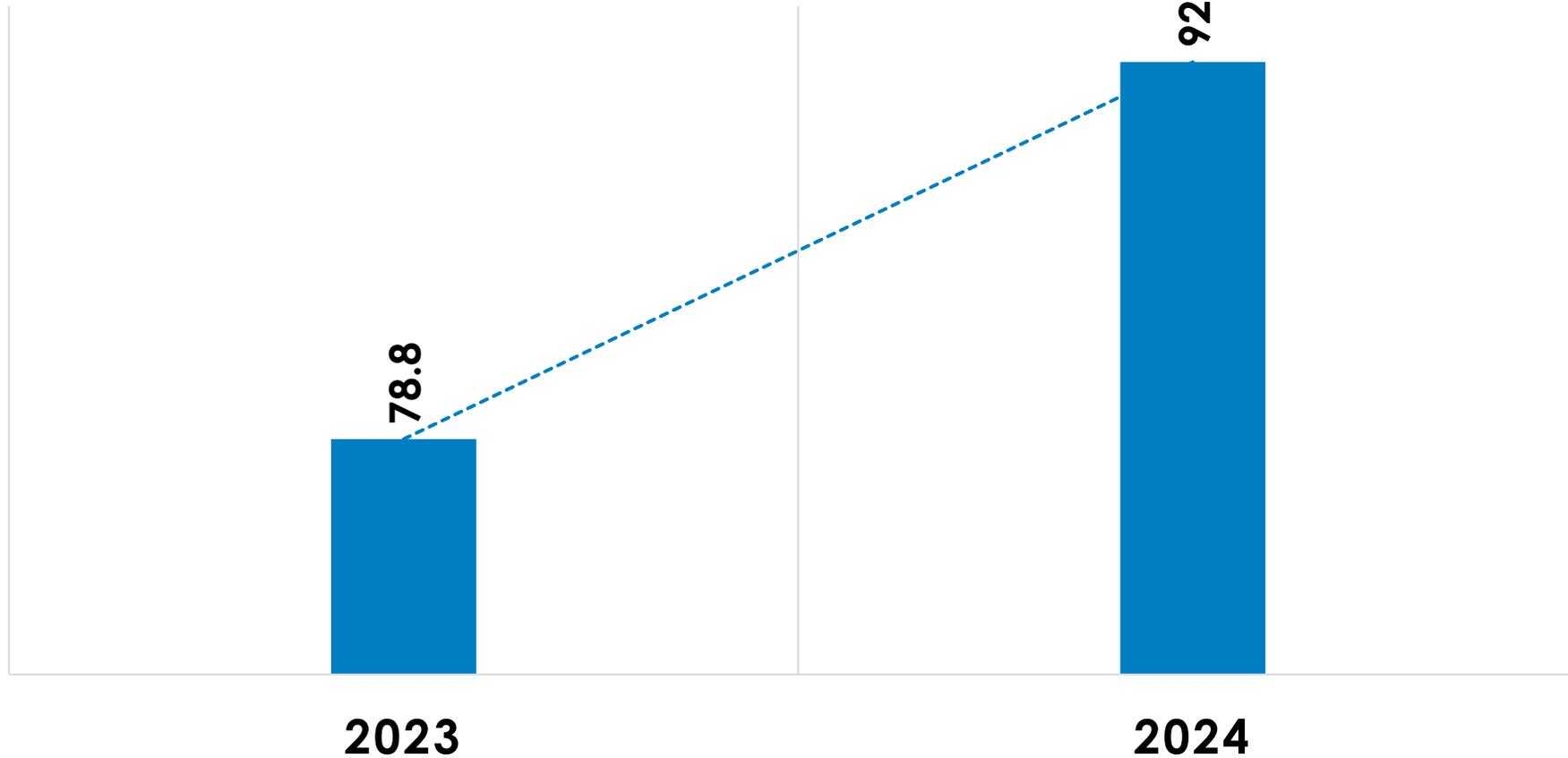
- INDICADORES

Tramites

$$\frac{\text{Numero de procesos actualizados}}{\text{Numero de procesos de la E.S.E}} \times 100$$
$$\frac{121}{1516} \times 100 = 0,07\% \text{ Documental}$$
$$\frac{10}{10} \times 100 = 100\% \text{ Tramites}$$

DESEMPEÑO FURAG 2023 - 2024

**POLÍTICA DE FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y
SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS**



14,1 Incremento



POLITICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES



OBJETIVO

Presentar un balance detallado de las actividades desarrolladas durante el primer semestre de 2025 en la implementación de la Política de Racionalización de Trámites, identificando avances, logros y desafíos, con el fin de contribuir a la mejora continua del servicio, el fortalecimiento de la gestión pública y el cumplimiento de las disposiciones normativas en materia de simplificación administrativa

MESA DE TRABAJO 001 - Política de Racionalización de Trámites – Plataforma SUIT

ACCIONES ADELANTADAS:

- **Se realizó la recuperación de los datos de acceso a la plataforma SUIT.**

Se adelantaron las acciones necesarias de Gestión con el DAFP para recuperar los datos de acceso a la plataforma tal como se puede evidenciar

- **Se procedió con la revisión de los trámites registrados**, encontrando que actualmente existen 10 trámites inscritos desde el año 2014, los cuales no habían sido actualizados desde su registro.
- **Se identificó que el trámite "Certificado de Paz y Salvo" se encontraba actualmente en proceso de racionalización** dentro de la plataforma SUIT, por ende, era necesario Adelantar las acciones necesarias para culminar la fase de racionalización del trámite "Certificado de Paz y Salvo" en la plataforma SUIT.
- **Se Identifico que la información de datos generales de la entidad, registrada en Plataforma SUIT no correspondía a la realidad**, por lo que se requería adelantar la actualización correspondiente ante el Departamento Administrativo de la Función Publica.

MESA DE TRABAJO 002 - Política de Racionalización de Trámites – Plataforma SUIIT

se realizaron las acciones necesarias para culminar la fase de racionalización del trámite "Certificado de Paz y Salvo" en la plataforma SUIIT, tal como se puede evidenciar, quedando cero (0) trámites pendientes por racionalizar en el SUIIT



The screenshot shows the SUIIT web application interface. At the top, there is a navigation bar with the 'Función Pública' logo and the 'suiit' brand name. Below this, the user is logged in as 'HDSAPPLA HECTOR EDUARDO RODRIGUEZ RAMIREZ (HRODRIGUEZ605)'. The main content area displays a success message: 'El formato integrado ha sido procesado con éxito.' Below this message, there is a section titled 'Pre visualización de formato integrado' which contains the following details:

Institución o dependencia	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA DE LA PLATA		
Fecha última actualización	2024-11-21	Estado	Inscrito
Tipo formato integrado	HT Plantilla Único - Hijo	Número	87379

Below the table, there is a 'Descripción' section with the following fields:

Nombre propuesto en el inventario	Certificado de paz y salvo
Nombre	Certificado de paz y salvo
Nombre estandarizado	Expedición certificación(es) de paz y salvo
Propósito de cara al usuario	Obtener la certificación donde se manifiesta que el deudor se encuentra a paz y salvo con la entidad.

REPORTE DE ACTIVIDADES – SEMESTRE I 2025 IMPLEMENTACION POLITICA DE RACIONALIZACION DE TRAMITES

Se gestionó exitosamente la actualización de los datos generales de la entidad ante el Departamento Administrativo de la Función Pública, logrando que estos reflejen la realidad actual de la institución.

tramites1.suit.gov.co/suit-web/faces/micuenta/micuenta.jsf?_adf.ctrl-state=huj9ng7f7_7



HDSAPPLA HECTOR EDUARDO RODRIGUEZ RAMIREZ (HRODRIGUEZ605) Cerrar sesión

Administración Formato integrado Racionalización Autorización de Nuevos Trámites Cadenas de Trámites Mi cuenta

Opciones de menú

Modificar datos

Cambiar contraseña

Soporte

Información de la cuenta

Institución o dependencia HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA DE LA PLATA

Usuario HRODRIGUEZ605

Información del usuario

Identificación 12276605

Nombre HECTOR EDUARDO

Apellido RODRIGUEZ RAMIREZ

* **Departamento donde domicilia** Huila

* **Municipio donde domicilia** La plata

* **Correo electrónico institucional** mipg@esesanantoniodepadua.gov.co

* **Correo electrónico personal** sistemas@esesanantoniodepadua.gov.co

* **Teléfono:** 8370148

Extensión

Celular 3165390459

Revisión de trámites registrados en SUIIT

Se adelantaron mesas de trabajo con la participación de la Subgerencia, el área de Planeación y MIPG, con el fin de revisar los trámites inscritos en la plataforma SUIIT y verificar su vigencia y operatividad en la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata, Huila. Adicionalmente, según la capacitación recibida por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, se precisó que, por la naturaleza y marco normativo de la entidad, existen trámites que deben mantenerse de manera obligatoria.

En consecuencia, se determinó trabajar en la actualización y documentación de dichos trámites, los cuales son:

1. **Historia Clínica**
2. **Certificado de Defunción por Muerte Natural**
3. **Certificado de Nacido Vivo**
4. **Certificado de Paz y Salvo**
5. **Terapia**
6. **Atención Inicial en Urgencias**
7. **Radiología e Imágenes Diagnósticas**
8. **Dispensación de Medicamentos y Dispositivos Médicos**
9. **Asignación de Citas para la Prestación de Servicios en Salud**
10. **Examen de Laboratorio Clínico**

PROYECCION DE PLAN DE MEJORA POLITICA DE RACIONALIZACION DE TRAMITES

Como resultado de las mesas de trabajo y del diagnóstico de avance en la implementación de la Política de Racionalización de Trámites, y en coherencia con el fortalecimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, se **identificó la necesidad de proyectar un Plan de Trabajo/Mejora específico para esta política.**

Dicho plan se encuentra alineado tanto con los lineamientos de MIPG como con el Plan Anti trámites institucional, con el propósito de optimizar procesos, reducir cargas administrativas y mejorar la experiencia del ciudadano.



No	DIMENSION	POLITICA	ACCIONES/ALTERNATIVAS DE MEJORA	PLAZO DE IMPLEMENTACION	EVIDENCIA	RESPONSABLE
GESTION ESTRATEICA DE TALENTO HUMANO						
RACIONALIZACION DE TRAMITES						
1	Dimension No 3: Gestion con Valores para resultados	Racionalizacion de Tramites	Actualizar los tramites Institucionales registrados en la plataforma SIUT	Julio 30 de 2027	Evidencias registro tramites en el SUIT	Lider de Planeacion Subgerencia Tecnico Cientifica Lider de Sistemas Lider MIPG
2			Documentar los OPAS (Otros procedimientos Administrativos) definidos para la institución	Julio 30 de 2027	OPAS Documentados	Lider de Planeacion Subgerencia Tecnico Cientifica Lider de Sistemas Lider MIPG
3			Adoptar mediante Acto Administrativo de los Tramites Institucionales - SUIT	Agosto 30 de 2025	Acto(s) administrativos Adopcion de Tramites	Lider de Planeacion Subgerencia Tecnico Cientifica Lider de Sistemas Lider MIPG
4			Registrar una estrategia de racionalización en el SUIT	Septiembre 30 de 2024	Estrategia de Racionalizacion de Tramites	Lider de Planeacion Subgerencia Tecnico Cientifica Lider de Sistemas Lider MIPG
5			Actualizar la politica de Racionalizacion de Tramites de la entidad	Octubre 30 de 2025	Politica de Tramites Actualizada	Lider de Planeacion Subgerencia Tecnico Cientifica Lider de Sistemas Lider MIPG
6			Realizar campañas de Difusión/ Socialización relacionadas con los Tramites SUIT y OPAS institucionales	Noviembre 30 de 2025	Evidencias campañas de Difusion Tramites	Lider de Planeacion Subgerencia Tecnico Cientifica Lider de Sistemas Lider MIPG
7			Gestionar publicacion en la pagina web de los avances de implementacion de la Politica	Mensual	Links de publicacion de los documentos producidos como implementacion de la politica	Lider MIPG

ASISTENCIA TÉCNICA - GOBERNACIÓN DEL HUILA

Se realizó **solicitud formal a la Gobernación del Huila para la asignación de una asistencia técnica que permitiera recibir capacitación y respaldo en la implementación de la Política de Racionalización de Trámites y en el manejo de la plataforma SUIT.**

En respuesta, el día 13 de junio de 2025 se participó en la jornada de capacitación asignada y coordinada por la Dra. Miryam Vargas, líder de MIPG de la Gobernación del Huila. A la actividad asistimos representantes de Planeación, Sistemas y el Líder MIPG de la E.S.E., quienes recibimos orientación técnica y lineamientos prácticos para optimizar la administración y reporte de los trámites institucionales, fortaleciendo las capacidades internas y asegurando el cumplimiento de la normatividad vigente.

FECHA DE APROBACIÓN: 04 de mayo de 2025		LISTA DE ASISTENCIA MENSUAL PARA POBLACIÓN ATENDIDA		VERSIÓN: 01 PÁGINA: 1 DE 1							
FECHA: 13 de junio de 2025		PROCESO / ASESORIA: Mejora Continua y Desempeño Institucional		CARGO: Coordinadora MIPG							
RESPONSABLE: Dra. Miryam Vargas		CARGO: Coordinadora MIPG									
<small>La información de los datos personales es suministrada por el interesado para su tratamiento por parte de la Gobernación del Huila, con la finalidad de ser utilizados en el contexto de otros eventos o servicios, incluyendo las finalidades administrativas y/o económicas propias del proceso, en cumplimiento de la competencia institucional establecida. La información de los datos personales es suministrada por el interesado para su tratamiento por parte de la Gobernación del Huila, con la finalidad de ser utilizados en el contexto de otros eventos o servicios, incluyendo las finalidades administrativas y/o económicas propias del proceso, en cumplimiento de la competencia institucional establecida. La información de los datos personales es suministrada por el interesado para su tratamiento por parte de la Gobernación del Huila, con la finalidad de ser utilizados en el contexto de otros eventos o servicios, incluyendo las finalidades administrativas y/o económicas propias del proceso, en cumplimiento de la competencia institucional establecida.</small>											
NO	FECHA	TIPO				PERSONA/ENTIDAD/ORGANIZACIÓN	TEMA	MUNICIPIO/ VEREDA	TELÉFONO	OBSERVACIONES	FIRMA
		PRESENCIAL	VIRTUAL	TELÉFONICA	URBANA						
	13-06-25	X				GSE Hospital OPTAL San Antonio	Gestión Documental y Racionalización de Trámites	LA PLATA	3173944241		FORGET
	27-06-25	X				GSE HOSPITAL OPTAL SAN ANTONIO	Gestión Documental y Racionalización de Trámites	LA PLATA	3122552335		FORGET
	13-06-2025	X				Ese hospital OPTAL San Antonio Padua	Gestión Documental y Racionalización de Trámites	LA PLATA	3165390459		FORGET

REUNIÓN CON LÍDERES DE PROCESOS INVOLUCRADOS EN LOS TRÁMITES DEFINIDOS

Se llevó a cabo una jornada de trabajo en la que fueron convocados los líderes de los procesos directamente vinculados con los trámites priorizados, con el propósito de brindar capacitación sobre la correcta gestión y documentación de los mismos.

Durante la sesión, se socializaron los lineamientos establecidos en la Política de Racionalización de Trámites y se solicitó la entrega de la documentación correspondiente a cada trámite asignado, con el fin de fortalecer la política institucional y dar continuidad a la ejecución de las acciones previstas en el Plan de Mejora.

REUNIÓN CON LÍDERES DE PROCESOS INVOLUCRADOS EN LOS TRÁMITES DEFINIDOS

No	NOMBRE DEL TRÁMITE	TIPO	Número del modelo disponible en el SUIT v.3	RESPONSABLES
1	Asignación de cita para la prestación de servicios en salud	MODELO	3997	Coordinador(a) de Call Center
2	Certificado de nacido vivo	MODELO	3998	Coordinador de lamii- Coordinadora de Estadística (Araminta) - Ventanilla Única (Natalia Sofia Damián)
3	Certificado de defunción	MODELO	3999	Coordinador de Estadística (Araminta Chavarro) Ventanilla Única (Natalia Sofia Damián)
4	Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos	MODELO	4000	Químico Farmacéutico (Félix Arturo Méndez)
5	Examen de laboratorio clínico	MODELO	4001	Coordinadora de Laboratorio (Alicia Lozano)
6	Terapia	MODELO	4005	Fisioterapeuta (Lina Polanco)
7	Radiología e imágenes diagnósticas	MODELO	4006	Líder de RX (Diego)
8	Atención inicial de urgencia	MODELO	4007	Coordinador de Urgencias (Dr. Noe)
9	Historia clínica	MODELO	4008	Coordinador de Estadística (Araminta Chavarro) Ventanilla Única (Natalia Sofia Damián)
10	Paz y Salvo			Coordinador de Facturación

Reporte y formalización de trámites institucionales

Se reporta **la documentación correspondiente de los diez (10) trámites institucionales definidos, utilizando el formato institucional para documentación de trámites MDE-GPDI-F-032.**

Este proceso se desarrolló de manera articulada con los líderes responsables de cada trámite y con el apoyo de las áreas de Planeación y del Líder MIPG. Posteriormente, se avanzará en la fase de legalización, recolección de firmas y adopción de los trámites mediante acto administrativo, con el fin de proceder a su actualización en la plataforma SUIT, garantizando así su vigencia, validez y disponibilidad para la ciudadanía.



The screenshot shows a web browser window with a search bar and navigation tabs. The main content area displays a table titled 'Tramites' with two columns: 'TITULO' and 'DOCUMENTO'. The table lists ten different types of institutional procedures, each with a corresponding PDF document.

TITULO	DOCUMENTO
Tramite De Asignacion De Citas Medicas	PDF
Tramite De Certificado De Nacido Vivo	PDF
Tramite De Certificado De Defuncion	PDF
Tramite De Atencion Inicial De Urgencias	PDF
Tramite De Solicitud De Historia Clinica	PDF
Tramite De Examen De Laboratorio Clinico	PDF
Tramite De Entrega De Medicamentos y Dispositivos Medicos	PDF
Tramite De Terapia Fisica y Respiratoria	PDF
Tramite De Paz y Salvo	PDF
Tramite De Entrega De Resultados De Radiografias	PDF

META	FÓRMULA DE MEDICIÓN	RESULTADO
Actualizar los trámites Institucionales registrados en la plataforma SUIIT	$(\text{Trámites actualizados} / \text{Total de trámites Institucionales definidos}) \times 100$	$(10/10) \times 100 = 100\%$ Tramites actualizados – pendiente registro SUIIT 80%
Adoptar mediante Acto Administrativo los trámites institucionales – SUIIT	$(\text{Trámites con acto administrativo} / \text{Total de trámites}) \times 100$	$(10/10) \times 100 = 100\%$
Registrar una estrategia de racionalización en el SUIIT	$(\text{Número de estrategias registradas} / 1) \times 100$	ACTIVIDAD PROGRAMADA PARA EL SEMESTRE II DE 2025
Actualizar la Política de Racionalización de Trámites de la entidad	$(\text{Políticas actualizadas} / \text{Políticas Programadas actualización}) \times 100$	$(1/1) \times 100 = 100\%$
Realizar campaña de difusión/socializaciones relacionadas con los trámites institucionales	$(\text{Número de campañas ejecutadas} / \text{Numero de Campañas programadas}) \times 100$	ACTIVIDAD PROGRAMADA PARA EL SEMESTRE II DE 2025
TOTAL AVANCE POLITICA SEMESTRE I DE 2025	PROMEDIO= $(80+100+0+100+0) = 280/5 = 56\%$	56%

Resultado: El avance en la implementación de la Política de Racionalización de trámites para el primer semestre de 2025 corresponde al 56% de las acciones programadas.

Interpretación: El resultado evidencia un nivel de cumplimiento favorable, dado que más de la mitad de las acciones proyectadas se han ejecutado en el periodo evaluado. No obstante, es necesario implementar las acciones restantes para alcanzar la meta establecida y consolidar plenamente los objetivos

POLITICA DE GESTION DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACION



OBJETIVO

Presentar un balance detallado de las actividades desarrolladas durante el primer semestre de 2025 en la implementación de la **Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación**, identificando avances, logros y desafíos, con el fin de fortalecer la gestión del conocimiento, fomentar la innovación institucional, optimizar los procesos internos y contribuir a una cultura organizacional orientada a la mejora continua, la transparencia y la calidad en la prestación de los servicios de salud

ACCIONES PROPUESTAS PARA LA IMPLEMENTACION Y FORTALECIMIENTO DE LA POLITICA

ACCIONES/ALTERNATIVAS DE MEJORA	EVIDENCIA	RESPONSABLE
Proyectar Plan de Trabajo- cronograma para fortalecimiento e implementación de La Política de Gestión del Conocimiento y la innovación	cronograma de Trabajo Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación	Subgerente Técnico Científico Líder de Calidad Líder de Talento Humano Líder MIPG
Establecer procedimientos de entrega de cargo o de terminación de contrato	Procedimiento de entrega de cargo o de terminación de contrato	Subgerente Técnico Científico Líder de Calidad Líder de Talento Humano Líder MIPG
Actualizar el Inventario conocimiento explícito de la entidad.	Inventario del conocimiento explícito de la entidad.	Subgerente Técnico Científico Líder de Calidad Líder de Talento Humano Líder MIPG
Identificar, Documentar y socializar las buenas prácticas experiencias significativas) y lecciones aprendidas de las diferentes áreas y/o políticas de la entidad	Buenas Prácticas y/o experiencias de gestión e innovación documentadas	Subgerente Técnico Científico Líder de Calidad Líder de Talento Humano Líder MIPG
Proyectar el procedimiento para socializar o transferir el conocimiento	Procedimiento para socializar o transferir el conocimiento	Subgerente Técnico Científico Líder de Calidad Líder de Talento Humano Líder MIPG
Gestionar publicación en la página web de los avances de implementación de la Política	Links de publicación de los documentos producidos como implementación de la política	Líder MIPG

REPORTE DE AVANCES Y/ ACCIONES EJECUTADAS EN TORN A LA IMPLEMENTACION DE LA POLITCA DE GESTION DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACION EN EL SEMESTRE I DE 2025

En el marco de la ejecución de la **Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación**, durante el primer semestre de 2025 se llevaron a cabo diversas acciones orientadas a su consolidación y fortalecimiento.

1. Proyección del Plan de Trabajo y cronograma para el fortalecimiento e implementación de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación

Se elaboró el plan de trabajo semestral junto con el cronograma de actividades, definiendo objetivos, responsables y tiempos de ejecución. Este instrumento permitió orientar las acciones de manera organizada y coherente con los lineamientos de la política, facilitando el seguimiento y control de los avances.

Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación

Portada » Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación

2025

TITULO	DOCUMENTO
Plan De Trabajo Política De Gestión Del Conocimiento Y La Innovación 2025	PDF

PLAN DE TRABAJO ANUAL – VIGENCIA 2025

POLÍTICA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN



PLAN DE TRABAJO ANUAL – VIGENCIA 2025

Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata – Huila

1. INTRODUCCIÓN

La Gestión del Conocimiento y la Innovación se han consolidado en las últimas décadas como factores estratégicos para el fortalecimiento institucional, la generación de valor público y el mejoramiento continuo de la calidad en los servicios prestados por las entidades públicas. En el sector salud, donde el dinamismo del conocimiento médico, científico y tecnológico es constante, se hace imprescindible que las instituciones avancen hacia modelos de gestión que favorezcan la sistematización de experiencias, el aprovechamiento del conocimiento tácito y explícito, la creación de entornos colaborativos, y la incorporación de procesos innovadores que respondan de manera oportuna, eficiente y humanizada a las necesidades de la ciudadanía.

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata, Huila, como institución pública del segundo nivel de complejidad, presta servicios esenciales a una amplia población del sur occidente del departamento. En este contexto, la gestión del conocimiento y la innovación no solo representan una oportunidad para optimizar los procesos clínicos, administrativos y comunitarios, sino que también son un imperativo ético y técnico para garantizar servicios seguros, efectivos y centrados en las personas.

Este Plan de Trabajo Anual se construye como una herramienta de planificación que da cumplimiento a los lineamientos definidos en la Política Institucional de Gestión del Conocimiento y la Innovación, en concordancia con los marcos normativos nacionales, tales como el Decreto 612 de 2018, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la Política de Gobierno Digital y los planes estratégicos institucionales. Su objetivo es operacionalizar las acciones necesarias para fortalecer una cultura organizacional basada en el aprendizaje institucional, la mejora continua, la creatividad y la innovación, promoviendo así una gestión pública moderna, transparente y orientada a resultados.

2. JUSTIFICACIÓN

La construcción e implementación de una Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación en las entidades públicas responde a la necesidad de evolucionar hacia modelos de administración pública centrados en el aprendizaje organizacional, la eficiencia en el uso del conocimiento y la generación de valor público sostenible. En este sentido, el Decreto 612 de 2018 establece como obligatoria la formulación e implementación de dicha política al interior de las entidades, en articulación con las dimensiones de MIPG, particularmente en la relativa a la Gestión del Talento Humano, el Control Interno, la Planeación Institucional, la Información y la Comunicación.

En la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata, esta política adquiere un valor estratégico al constituirse en una vía para capturar, compartir y reutilizar el conocimiento que se genera en los distintos niveles de la organización, desde el conocimiento clínico-técnico hasta las experiencias administrativas, sociales y comunitarias. Asimismo, se reconoce que la innovación —entendida como la aplicación práctica de ideas nuevas o mejoradas que generen valor— es un elemento indispensable para responder a las crecientes demandas del entorno, superar brechas estructurales y optimizar la experiencia de los usuarios.

La innovación en salud no se limita al uso de tecnologías digitales; implica también transformar las formas de pensar, planificar y actuar frente a los desafíos estructurales de los territorios. Por ello, este plan de trabajo busca impulsar tanto la innovación tecnológica como la organizacional y social, mediante una gestión estratégica del conocimiento que promueva la participación, la apropiación del saber colectivo, la mejora de las capacidades individuales e institucionales y la articulación con actores clave del sistema.

Además, la implementación efectiva de este plan permitirá al hospital avanzar en indicadores clave de desempeño institucional, fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia, promover la transparencia y la rendición de cuentas, y consolidar procesos de mejora continua que impacten positivamente en los resultados en salud, la satisfacción de los usuarios y el bienestar del talento humano.

Actualización del inventario de conocimiento explícito de la entidad

Se revisó y actualizó el inventario de conocimiento explícito, incorporando información vigente y relevante de los procesos, documentos, manuales y demás recursos institucionales. Esta actualización garantiza que el acervo de información esté disponible y accesible para su uso y consulta, fortaleciendo la memoria organizacional

				FORMATO INVENTARIO DEL CONOCIMIENTO EXPLICITO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO				FECHA:	8/10/2024
								CODIGO:	MDE-GPDI-DI-F-067
								VERSION:	1
								HOJA	1 de 1
El inventario de conocimiento explícito presenta los diferentes medios en los que se pueden encontrar documentados y ubicados los temas relacionados con la misión de la entidad.				Entidad:		Ese Hospital Departamental San Antonio de Padua			
				Área/Proceso:		Control Interno			
				Persona que diligencia el formato:		Lorena Aroca Tamayo			
				Cargo:		Profesional de Apoyo Implementacion MIPG			
#	Nombre o título del documento	Formato	Clasificación	Breve descripción	Fecha en la que se originó el documento	Versión	Medio de conservación	Lugar de consulta interna	URL
1	FORMATO PARA ARQUEO	DOC	OTROS	FORMATO PARA ARQUEO , UTILIZADO POR ÁREA PLANES DE MEJORAMIENTO SISTEMAS INTEGRADOS DE CALIDAD	25/01/2021	002	Electronico	Capeta Compartida Institucional	2021\CARPETA INSTITUCIONAL 2023\MAPA DE PROCESOS V4. MACROPROCESO EVALUACION
2	FORMATO CONTROL INTERNO CONTABLE	PDF	FORMATO	FORMATO DE CONTROL INTERNO CONTABLE, UTILIZADO POR ÁREA PLANES DE MEJORAMIENTO SISTEMAS INTEGRADOS DE CALIDAD	25/01/2021	002	Electronico	Capeta Compartida Institucional	\\192.168.0.17\documentos sgs 2021\CARPETA INSTITUCIONAL 2023\MAPA DE PROCESOS V4. MACROPROCESO EVALUACION
3	FORMATO DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS	PDF	FORMATO	FORMATO DE EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS UTILIADO POR ÁREA PLANES DE MEJORAMIENTO SISTEMAS INTEGRADOS DE CALIDAD	25/01/2021	002	Electronico	Capeta Compartida Institucional	2021\CARPETA INSTITUCIONAL 2023\MAPA DE PROCESOS V4. MACROPROCESO EVALUACION
4	FORMATO PLAN DE AUDITORÍA	PDF	FORMATO	FORMATO PLAN DE AUDITORIA , UTILIZADO POR ÁREA PLANES DE MEJORAMIENTO SISTEMAS INTEGRADOS DE CALIDAD	25/01/2021	002	Electronico	Capeta Compartida Institucional	\\192.168.0.17\documentos sgs 2021\CARPETA INSTITUCIONAL
5	FORMATO ACTA APERTURA DE AUDITORÍA	PDF	FORMATO	FORMATO PARA APERTURA DE AUDITORIA, UTILIZADO POR ÁREA PLANES DE MEJORAMIENTO SISTEMAS INTEGRADOS DE CALIDAD	25/01/2021	002	Electronico	Capeta Compartida Institucional	2021\CARPETA INSTITUCIONAL 2023\MAPA DE PROCESOS V4. MACROPROCESO EVALUACION
6	FORMATO CIERRE DE AUDITORÍA	PDF	FORMATO	FORMATO CIERRE DE AUDITORIA, UTILIZADO POR ÁREA PLANES DE MEJORAMIENTO SISTEMAS INTEGRADOS DE CALIDAD	25/01/2021	002	Electronico	Capeta Compartida Institucional	2021\CARPETA INSTITUCIONAL 2023\MAPA DE PROCESOS V4. MACROPROCESO EVALUACION
7	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA	PDF	FORMATO	FORMATO PARA ELABORACION DE INFORMES DE AUDITORIA, UTILIZADO POR ÁREA PLANES DE MEJORAMIENTO SISTEMAS INTEGRADOS DE CALIDAD	25/01/2021	002	Electronico	Capeta Compartida Institucional	2021\CARPETA INSTITUCIONAL 2023\MAPA DE PROCESOS V4. MACROPROCESO EVALUACION
8	FORMATO NOTAS DE CAMPO	PDF	FORMATO	FORMATO NOTAS DE CAMPO, UTILIZADO POR ÁREA PLANES DE MEJORAMIENTO SISTEMAS INTEGRADOS DE CALIDAD	25/01/2021	002	Electronico	Capeta Compartida Institucional	\\192.168.0.17\documentos sgs 2021\CARPETA INSTITUCIONAL
9	FORMATO AUDITORIAS A COMITES CONTROL INTERNO	PDF	FORMATO	FORMATO PARA APLICACIÓN DE AUDITORIAS A COMITES, UTILIZADO POR ÁREA PLANES DE MEJORAMIENTO SISTEMAS INTEGRADOS DE CALIDAD	25/01/2021	002	Electronico	Capeta Compartida Institucional	2021\CARPETA INSTITUCIONAL 2023\MAPA DE PROCESOS V4. MACROPROCESO EVALUACION
10	FORMATO AUDITORIAS ADMINISTRATIVA	PDF	FORMATO	FORMATO PARA APLICACIÓN DE AUDITORIAS ADMINISTRATIVAS, UTILIZADO PORÁREA PLANES DE MEJORAMIENTO SISTEMAS INTEGRADOS DE CALIDAD	25/01/2021	002	Electronico	Capeta Compartida Institucional	2021\CARPETA INSTITUCIONAL 2023\MAPA DE PROCESOS V4. MACROPROCESO EVALUACION
11	AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO	PDF	DOCUMENTO METODOLOGICO	El Plan Anual de Auditoría define los lineamientos para Efectuar Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno	27/01/2021	002	Electronico	Capeta Compartida Institucional	2021\CARPETA INSTITUCIONAL 2023\MAPA DE PROCESOS V4. MACROPROCESO EVALUACION
12	PLAN ANUAL DE AUDITORIA	PDF	DOCUMENTO METODOLOGICO	El Programa Anual de Auditoria, es una herramienta que permite evaluar, verificar y determinar los procesos y procedimientos desarrollados en la entidad durante la vigencia	03/01/2023	006	Electronico	Capeta Compartida Institucional	\\192.168.0.17\documentos sgs 2021\CARPETA INSTITUCIONAL 2023\MAPA DE PROCESOS V4. MACROPROCESO EVALUACION
13	CARACTERIZACIÓN DE CONTROL INTERNO	PDF	DOCUMENTO METODOLOGICO	OBJEIVO MEDIR, EVALUAR Y DEFENDER DE MANERA EFICAZ Y OPORTUNA LA INSTITUCION MEDIANTE EL CUMPLIMIENTO DEL MARCO NORMATIVO VIGENTA	27/01/2021	002	Electronico	Capeta Compartida Institucional	2021\CARPETA INSTITUCIONAL 2023\MAPA DE PROCESOS V4. MACROPROCESO EVALUACION
14	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	PDF	FORMATO	FORMATO PARA DOCUMENTAS LOS INFORMES DE GESTION, UTILIZADO POR ÁREA PLANES DE MEJORAMIENTO SISTEMAS INTEGRADOS DE CALIDAD	25/01/2021	002	Electronico	Capeta Compartida Institucional	\\192.168.0.17\documentos sgs 2021\CARPETA INSTITUCIONAL 2023\MAPA DE PROCESOS V4. MACROPROCESO EVALUACION
15	FORMATO INFORME EVALUACIÓN AUDIENCIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS 2021	PDF	DOCUMENTO METODOLOGICO	FORMATO PARA DOCUMENTAR EL INFORME DE EVALUACION DE AUDIENCIA PUBLICA DE RENDICION DE CUENTAS, UTILIZADO POR ÁREA PLANES DE MEJORAMIENTO SISTEMAS INTEGRADOS	12/03/2021	001	Electronico	Capeta Compartida Institucional	\\192.168.0.17\documentos sgs 2021\CARPETA INSTITUCIONAL 2023\MAPA DE PROCESOS V4. MACROPROCESO EVALUACION
16	PLAN ANUAL DE AUDITORIA	PDF	DOCUMENTO METODOLOGICO	El Programa Anual de Auditoria, es una herramienta que permite evaluar, verificar y determinar los procesos y procedimientos desarrollados en la entidad durante la vigencia	05/04/2024	08	Electronico	Capeta Compartida Institucional	

Actualización del inventario de conocimiento explícito de la entidad

Identificación, documentación y socialización de buenas prácticas, experiencias significativas y lecciones aprendidas

Se adelantó un ejercicio de recolección y registro de experiencias destacadas y casos exitosos en las diferentes áreas y políticas de la entidad. Posteriormente, estas fueron socializadas con el personal institucional, con el fin de promover el aprendizaje organizacional, replicar prácticas exitosas y prevenir la repetición de errores.

Se documentaron las buenas Prácticas de las Políticas de Servicio al ciudadano, Talento Humano, Gestión Documental, seguimiento y Evaluación al Desempeño Institucional, Gobierno Digital

	FORMATO BUENAS PRACTICAS Y LESIONES APRENDIDAS	Fecha: 05/11/2024
		Código: MDE-GPDI-DI-F-066
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 02
	PROCESO: GESTION PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Página No: 1 de 1

A. **Título** de la buena práctica o lección aprendida:

Integración estratégica de medios digitales para fortalecer la comunicación institucional y la participación Digital de los grupos de interés de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua.

B. ¿Cuéntanos brevemente en qué consiste tu buena práctica o lección aprendida?:

Consistió en la articulación efectiva de los diferentes canales digitales de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua (página web, redes sociales, WhatsApp institucional y medios gráficos) para mejorar la visibilidad de la gestión institucional, dar cumplimiento a lineamientos de Gobierno Digital y fortalecer la interacción con la comunidad. Se creó e implementó una parrilla de contenidos planificada mes a mes, humanizada y transversal, lo que permitió optimizar la comunicación externa e interna mejorando la imagen corporativa.

Lección Aprendida:

Durante el proceso de gestión y mejora continua en los canales de comunicación digital del Hospital (página web, redes sociales y piezas gráficas institucionales), se evidenció la necesidad de unificar la imagen institucional. Esto llevó a implementar una estrategia de contenidos más planificada y coherente, tanto en el mensaje como en el diseño visual, alineada con una línea gráfica establecida.

FORMATO INVENTARIO DEL CONOCIMIENTO EXPLICITO

*El principal aprendizaje fue que una **imagen institucional clara, unificada y profesional**, generando un impacto positivo en los grupos de interés, mejorando la percepción del Hospital y fortaleciendo su identidad. A través de una **parrilla de contenidos organizada y el uso coherente del diseño**, se logró transmitir un mensaje institucional más estético, coherente y cercano, lo que contribuyó al posicionamiento del hospital como una entidad seria, confiable y humana.*

	FORMATO BUENAS PRACTICAS Y LESIONES APRENDIDAS	Fecha: 05/11/2024
		Código: MDE-GPDI-DI-F-066
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 02
	PROCESO: GESTION PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Página No: 1 de 1

C. ¿En qué situación se puede **aplicar** esta buena práctica o lección aprendida?

Esta buena práctica puede ser aplicada en cualquier entidad pública que maneje múltiples canales de comunicación, especialmente aquellas que deben cumplir con requisitos de visibilidad web, rendición de cuentas, participación ciudadana y Gobierno Digital. También puede ser útil para eventos de alto impacto, procesos de auditoría o campañas de salud pública donde se requiera coordinación interdependencia.

D. ¿Qué **resultados** obtuviste con esta buena práctica o en qué situación surgió el aprendizaje para esta lección aprendida?

- Mayor visibilidad institucional a través de redes sociales y la página web.
- Incremento en la participación e interacción de la comunidad digital.
- Cumplimiento de requisitos de publicación exigidos por los entes de control.
- Mayor nivel de articulación entre Mercadeo y otras áreas del Hospital.
- Positiva percepción de los grupos de interés frente a la transparencia y accesibilidad de la información.

E. ¿**Quiénes se benefician** con esta buena práctica o lección aprendida?

- Las áreas asistenciales y administrativas, al contar con un canal efectivo de comunicación interna y externa.
- Los Grupos de interés, al acceder fácilmente a la información institucional de interés.
- El equipo directivo, al facilitar el cumplimiento de lineamientos de gobierno digital, MIPG y planeación.
- El área de Mercadeo, al mejorar su eficiencia operativa y fortalecer su rol estratégico dentro del hospital.

Gestión de la publicación en la página web de los avances en la implementación de la política

Se coordinó la publicación en la página web institucional de los avances obtenidos en la implementación de la política, asegurando que la información fuera clara, accesible y actualizada. Esta acción fortaleció la transparencia institucional y permitió a los grupos de interés conocer de manera directa los progresos realizados.

Dc4ODUzLTJjMWYtNDc1OC1hMmFiLTBhMTM1YTMxOWNmM... Nuevo Chrome disp

Pasos rápidos Leído / No leído

SOLICITUD PUBLICACION EN PAGINA WEB 2

BUENAS PRACTICAS Y LEC... MDE-GPDI-DI-F-066 FOR... PLAN-ANUAL-RENDICION... MDE-GPDI-DI-F-066 FOR... acta socializacion esta

La Plata Huila, Julio 28 de 2025

Apreciado Ingeniero
EDWIN FABIAN CASTRO
Líder de Sistemas

Cordial Saludo,

Comedidamente me permito solicitar la publicación en Página web de la siguiente documentación:

- 1- BUENAS PRACTICAS Y LECCIONES APRENDIDAS- TALENTO HUMANO** : Ruta de Publicación: MIPG- Política de Talento Humano
- 2- BUENAS PRACTICAS Y LECCIONES APRENDIDAS- GOBIERNO DIGITAL**: Ruta de Publicación: MIPG- Política de Gobierno Digital
- 3- PLAN ANUAL DE RENDICION DE CUENTAS 2025** : Ruta de Publicación: MIPG- Política de Participación Ciudadana
- 4- BUENAS PRACTICAS Y LECCIONES APRENDIDAS- GESTION DOCUMENTAL**: Ruta de Publicación: MIPG- Política de Gestión Documental
- 5- ACTA DE SOCIALIZACION ESTATUTO Y MANUAL DE CONTRATACION**: Ruta de Publicación: MIPG- Política de Compras y contratación Publica

Agradeciendo su colaboración al respecto, quedo pendiente de los links de publicación



[Inicio](#)

[Nuestra Entidad](#) ▾

[Servicios](#) ▾

[Información al Ciudadano](#) ▾

[Contratación](#) ▾

[Noticias](#) ▾

[Portal Infantil](#)

[COVID-19](#)

Política de Seguimiento y Evaluación

Portada » Política de Seguimiento y Evaluación

— 2025

TITULO	DOCUMENTO
Buenas Prácticas Y Lecciones Aprendidas Sistemas De Información Para La Calidad	PDF



Política de Servicio al Ciudadano

Portada » Política de Servicio al Ciudadano

2025

TITULO	DOCUMENTO
Estrategia Anual De Servicio O Relacionamiento Con La Ciudadanía	PDF
Buenas Prácticas Y Lecciones Aprendidas	PDF
Política De Servicio Al Ciudadano Actualizada Cuarta Versión 2025	PDF



Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación

Portada » Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación

2025

TITULO	DOCUMENTO
Plan De Trabajo Política De Gestión Del Conocimiento Y La Innovación 2025	PDF
Resolución 011 DE 2025	PDF

INDICADOR DE MEDICION

Indicador: Porcentaje de acciones ejecutadas de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación.

Fórmula de medición:

$$\text{Cumplimiento (\%)} = \frac{\text{Número de acciones ejecutadas}}{\text{Número total de acciones programadas}} \times 100$$

Aplicación de la Formula con los datos reales de avance en el semestre I de 2025

$$\text{Cumplimiento (\%)} = \frac{4}{6} \times 100 = 66,67\%$$

INDICADOR DE MEDICION

ACCIONES/ALTERNATIVAS DE MEJORA	INDICADOR (FORMULA DE MEDICION)	RESULTADO
Proyectar Plan de Trabajo-cronograma para fortalecimiento e implementación de La Política de Gestión del Conocimiento y la innovación	<p>Indicador: Plan de Trabajo proyectado y aprobado</p> <p>Fórmula: $(N.º \text{ de planes de trabajo proyectados y aprobados} / N.º \text{ de planes de trabajo programados}) \times 100$</p> <p>Unidad de medida: %</p> <p>Meta: 100% (1 plan proyectado y aprobado en el año)</p>	<p>$(N.º \text{ de planes de trabajo proyectados y aprobados} / N.º \text{ de planes de trabajo programados}) \times 100$</p> <p>(1/1) X 100 = 100%</p>
Actualizar el Inventario conocimiento explícito de la entidad.	<p>Indicador: Cumplimiento en la actualización del inventario de conocimiento explícito.</p> <p>Fórmula: $(\text{No de Inventarios actualizados} / \text{No Inventarios programados}) \times 100$</p> <p>Unidad de medida: %</p> <p>Meta: 100% (1 inventario actualizado en el año)</p>	<p>$(\text{No de Inventarios actualizados} / \text{No Inventarios programados}) \times 100$</p> <p>(1/1) X 100 = 100%</p>
Identificar, Documentar y socializar las buenas prácticas experiencias significativas) y lecciones aprendidas de las diferentes áreas y/o políticas de la entidad	<p>Indicador: Cumplimiento en la identificación, documentación y socialización de buenas prácticas y lecciones aprendidas.</p> <p>Fórmula: $(N.º \text{ de buenas practicas y lecciones aprendidas identificadas, documentadas} / N.º \text{ de buenas practicas y lecciones aprendidas programadas}) \times 100$</p> <p>Unidad de medida: %</p> <p>Meta anual: 100% (10 Buenas prácticas, identificadas, documentadas)</p>	<p>$(N.º \text{ de buenas practicas y lecciones aprendidas identificadas, documentadas} / N.º \text{ de buenas practicas y lecciones aprendidas programadas}) \times 100$</p> <p>(5/10) x 100= 50%</p>

INDICADOR DE MEDICION

ACCIONES/ALTERNATIVAS DE MEJORA	INDICADOR (FORMULA DE MEDICION)	RESULTADO
<p>Establecer procedimientos de entrega de cargo o de terminación de contrato</p>	<p>Indicador: Procedimiento de entrega de cargo documentado y adoptado Fórmula: (N.º de procedimientos adoptados / N.º de procedimientos proyectados) x 100 Unidad de medida: % Meta: 100% (1 procedimiento actualizado y adoptado en el año)</p>	<p>ACTIVIDAD PROGRAMADA PARA EL SEMESTRE II DE 2025</p>
<p>Proyectar el procedimiento para socializar o transferir el conocimiento</p>	<p>Indicador: Procedimiento de socialización/transferencia proyectado y aprobado Fórmula: (N.º de procedimientos proyectados y aprobados / N.º de procedimientos requeridos) x 100 Unidad de medida: % Meta: 100% (1 Inventario proyectado)</p>	<p>ACTIVIDAD PROGRAMADA PARA EL SEMESTRE II DE 2025</p>
<p>Gestionar publicación en la página web de los avances de implementación de la Política</p>	<p>Indicador: Cumplimiento en la publicación de avances de la Política en la página web institucional. Fórmula:(N.º de publicaciones realizadas/N.º de publicaciones programadas) x100 Unidad de medida: % Meta : 100%</p>	<p>(N.º de publicaciones realizadas/N.º de publicaciones programadas) x100 (7/14) x 100 = 50%</p>
<p>TOTAL AVANCE POLITICA SEMESTRE I DE 2025</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> $\text{Promedio} = \frac{100 + 100 + 50 + 0 + 0 + 50}{6}$ $\text{Promedio} = \frac{300}{6} = 50\%$ </div>	<p>50%</p>

RESULTADOS

El avance en la implementación de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación para el primer semestre de 2025 corresponde al **50%** de las acciones programadas.

Interpretación: El resultado evidencia un nivel de cumplimiento favorable, dado que la mitad de las acciones proyectadas se han ejecutado en el periodo evaluado. No obstante, es necesario implementar las dos acciones restantes para alcanzar la meta establecida y consolidar plenamente los objetivos



Política Financiera, Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público



E.S.E
HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA
— *Salud Integral, Impacto Real* —

**Seguimiento a la
Política Financiera,
Gestión Presupuestal y
Eficiencia del Gasto
Público-Primer
Semestre 2025**



JUSTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA

Para la ESE “Hospital Departamental San Antonio de Padua” de la Platahuila, es importante la implementación y buen desarrollo de la Política, para ejecutar de una manera eficiente el gasto público por medio de actividades estratégicas de Planeación, ejecución, evaluación y seguimiento del presupuesto. Lo cual permitirá controlar, medir y mejorar las actividades financieras y el gasto público.

PROPÓSITO DE LA POLITICA

Garantizar el equilibrio operacional, realizando el saneamiento contable, gestionando los ingresos, conteniendo y racionalizando el gasto y el costo, para el logro de un margen de rentabilidad que permita el crecimiento Institucional.

Resultados de Seguimiento a los Indicadores de la Política Financiera

Radicación de Facturación del Periodo:

Mide la oportunidad y eficiencia en la radicación de las cuentas ante las diferentes entidades pagadoras, garantizando el cumplimiento de los tiempos establecidos y optimizando el flujo de caja institucional.

TOTAL FACTURACION A ENTIDAD I SEMESTRE	32.620.990.438
VALOR RADICADO I SEMESTRE	32.620.990.438
PORCENTAJE DE RADICACION	100%

CANALES DE RADICACIÓN	
Radicación por Plataforma	97,11%
Radicación por Correo electrónico	0,05%
Radicación física	2,84%
	100%

Resultados de Seguimiento a los Indicadores de la Política Financiera

Incremento Monto de Facturación:

Analiza la variación en el valor total facturado frente a periodos anteriores, identificando tendencias, oportunidades de mejora y el impacto de estrategias implementadas para optimizar la facturación.

INCREMENTO MONTO DE FACTURACIÓN		
Facturado I Semestre 2024	Facturado Semestre 2025	Variación Porcentual
29.008.862.097	31.426.110.790	8,30%

Este comportamiento general positivo se relaciona con el fortalecimiento de los procesos internos, la optimización en el registro y codificación de procedimientos, y la mayor complejidad de los casos atendidos.

Resultados de Seguimiento a los Indicadores de la Política Financiera

Indicadores Financieros de Liquidez a junio 2025 (Cifras pesos)

RAZONES FINANCIERAS	FORMULA	JUNIO 2025
RENTABILIDAD OPERACIONAL DEL PATRIMONIO	UTIL.OPER / PATRIMONIO *100	8,55
RENTABILIDAD EN ACTIVOS	UTIL.NETA / ACTIVO TOTAL*100	8,42
RAZON CORRIENTE	ACTIVO CORRIENTE/ PASIVO CORRIENTE	4,06
PRUEBA ACIDA	ACTIVO CORRIENTE- INVENTARIO/ PASIVO CTE	3,90
RAZON DE ENDEUDAMIENTO	TOTAL PASIVO / TOTAL ACTIVO	0,14
ROTACION DE INVENTARIOS	COSTO MERCANCIA ENTREGADA A LOS SERVICIOS/PROMEDIO	4,63
CAPITAL DE TRABAJO NETO	ACTIVO CORRIENTE - PASIVO CORRIENTE	26.249.847.612,00

MARGEN EBITDA **24,95%**
TOTAL EXCEDENTES EBITDA **7.781.809.379,00**

Resultados de Seguimiento a los Indicadores de la Política Financiera

El capital de trabajo: Es el dinero disponible para cumplir con sus obligaciones actuales a corto plazo. La ESE San Antonio de Padua pagaría sus deudas y dispondría de un capital de \$26.249.847.612 millones para seguir funcionando.

Razón corriente: Mide la capacidad financiera con que cuenta la ESE para cubrir sus obligaciones a corto plazo; mostrando a junio de 2025 que la ESE por cada peso adeudado posee \$4.06 pesos de sus activos para cubrir un peso de los pasivos corrientes.

La razón de endeudamiento: Nos muestra que la participación de terceros sobre los activos. A junio esta partición fue del 0.14%; demostrando que este nivel de endeudamiento es bajo, lo cual es positivo porque indica baja dependencia de deudas y mayor estabilidad financiera.

Resultados de Seguimiento a los Indicadores de la Política Financiera

La prueba acida: Nos muestra la capacidad que tiene la ESE para cubrir sus obligaciones a corto plazo sin tener que disponer de sus inventarios; su capacidad es del 3.90%, porcentaje suficiente para cubrir sus obligaciones a corto plazo. Significa que por cada 1\$ de deuda a corto plazo, el hospital tiene \$3.90 en activos líquidos (efectivo, cuentas por cobrar) para cubrirla.

Rentabilidad del patrimonio: Se interpreta que por cada \$100 del patrimonio, el hospital obtuvo 8.54% de utilidad, demostrando la eficiencia con la que se están utilizando los recursos propios para generar utilidad o ganancias, clave para su sostenibilidad financiera a largo plazo.

Rotación de inventarios: El hospital utilizó completamente su inventario 4.63 veces en el periodo, demostrando una rotación eficiente, garantizando disponibilidad sin acumulaciones innecesarias que afecten financieramente.

Resultados de Seguimiento a los Indicadores de la Política Financiera

El margen EBITDA: Para el primer semestre del 2025 el hospital presento un margen de 24.95% lo cual refleja una rentabilidad operativa sólida, es decir que por cada \$100 que genero el hospital, 24.85% quedaron como excedente operativo antes de gastos por depreciaciones y amortizaciones.

El excedente EBITDA: El excedente del Hospital fue de \$7.781.809.379, demostrando una buena capacidad para generar excedentes operativos, este resultado refleja solidez financiera, eficiencia en la operación y sostenibilidad.

Resultados de Seguimiento a los Indicadores de la Política Financiera

Rotación de Cartera: Es un indicador financiero que mide la eficiencia con la que una empresa recupera el dinero que le deben sus clientes, es decir, el tiempo que tarda en convertir las cuentas por cobrar en efectivo.

ROTACIÓN DE CARTERA		
PERIODO	Enero-Junio 2024	Enero-Junio 2025
ROTACIÓN DE CARTERA	0,61	0,55
DIAS	296,19	328,43

El cuadro comparativo de rotación de cartera entre el primer semestre de 2024 y 2025, se evidencia que para este ultimo periodo se esta recuperando la cartera facturada cada 328 días, evidenciando un aumento de 32 días en comparación con el periodo analizado, reflejando una involución en el flujo de recursos de la ESE, afectando el funcionamiento de la misma.

Resultados de Seguimiento a los Indicadores de la Política Financiera

Equilibrio Presupuestal con recaudo

INDICADOR DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDOS COMPARATIVO A JUNIO 2025		
CONCEPTO	2024	2025
RECAUDOS TOTALES	23.222.279.357,18	24.746.177.445,14
GASTOS COMPROMETIDOS	34.710.291.825,57	34.900.599.301,03
TOTAL	0,67	0,71

- La ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA a 30 de junio 2025 presenta el indicador de equilibrio presupuestal de 0.71%, indicador que tuvo una mejoría comparada con la vigencia 2024 (0.67%), lo anterior se debe al incremento en el recaudo y la medida en el gasto que se ha tenido en la vigencia 2025.

Resultados de Seguimiento a los Indicadores de la Política Financiera

Glosas: Las glosas son no conformidades o reparos que la entidad detecta en la facturación de los servicios de salud y que impiden el pago total o parcial de la factura. Estas pueden originarse por errores en la facturación, falta de soportes, servicios no autorizados o cobros indebidos, y dan lugar a un proceso de respuesta y resolución por parte del prestador de servicios.

VALOR GLOSAS VIGENCIA 2024-2025 ENERO - JUNIO	
2024	2025
\$ 2.743.752.612	\$ 3.481.128.618

Presentándose un incremento de \$737.376.006 por lo cual se hace necesario el fortalecimiento de los procesos de autocontrol y auditoría

- **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

- Fortalecer el control interno previo a la radicación para minimizar devoluciones y glosas.
- Implementar capacitaciones periódicas al personal asistencial y administrativo en la correcta elaboración y soporte de la historia clínica y facturación.
- Establecer estrategias para disminuir el tiempo de rotación de cartera de la entidad.
- Actualización de la Política Financiera, Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público acorde a la nueva plataforma estratégica y teniendo en cuenta los aspectos estipulados en los manuales de la entidad.
- Actualización y/o elaboración de los manuales y procedimientos del área financiera con el fin de contar con herramientas de apoyo al control interno, toma de decisiones, contribuyendo a la eficiencia, calidad y competitividad de la ESE.