



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: 1 de 11

FECHA:	19 de noviembre de 2025
ACTIVIDAD:	Informe seguimiento tercer trimestre de 2025 – Plan de Desarrollo Institucional o Plan Operativo Anual por componentes.
PROCESO VINCULADO:	Planeación
RESPONSABLE:	Carlos Andrés Puyo; Profesional Especializado Apoyo a Planeación.
OBJETIVO:	Presentar informe de seguimiento a la ejecución del tercer trimestre de 2025 del Plan Operativo Anual por Componentes; documento adjunto en el PDI.

CONTENIDO DEL INFORME

1. CONTEXTUALIZACIÓN

Desde la oficina de Planeación de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata, se llevan a cabo acciones de seguimiento y control con la finalidad de garantizar el cumplimiento de las 16 líneas estratégicas, 58 estrategias y los indicadores propuestos en el Plan de Desarrollo Institucional, aprobado por la Junta Directiva, mediante acuerdo 014 del 23 de octubre de 2024; una de ellas es el seguimiento trimestral realizado a cada una de las áreas responsables.

Para cumplir con dicho propósito, y teniendo en cuenta las sugerencias realizadas en reunión de socialización de las acciones que no cumplieron con la meta del segundo trimestre; para este seguimiento del tercer trimestre, se omitió la solicitud de presentación del informe ejecutivo; el informe en mención se solicitó a los líderes de las estrategias como soporte de la información suministrada en los trimestres uno y dos. Así las cosas, el día 01 de octubre se realizó el requerimiento de información a través de correo electrónico a cada una de las dependencias que tienen relación directa con las estrategias del PDI, en dicha solicitud se anexó la matriz de Excel dando instrucciones de diligenciar las columnas T, U, V, correspondientes al tercer trimestre y se pidió

— 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".

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: 2 de 11

hacer llegar la información a través de correo electrónico antes del 10 de octubre de 2025, anexando las evidencias que soporten la información suministrada en la matriz de Excel. Así mismo, con la finalidad de que el proceso de seguimiento fuera articulado, aclarar dudas y argumentar los porcentajes expuestos en la matriz, se anexó cronograma de encuentro presencial con cada uno de los líderes, el cual relaciono a continuación:

LIDER RESPONSABLE PDI Y PLAN OPERATIVO ANUAL POR COMPONENTES			
COMPONENTE	LINEA ESTRATÉGICA	LIDER RESPONSABLE	FECHA DE ENCUENTRO
COMPONENTE No. 1 FORTALECIMIENTO FINANCIERO	GESTIÓN FINANCIERA	Gilbert Gerardo Otero Ochoa	14 octubre 2025 De 9 am a 10:30 am
COMPONENTE No. 2 MEJORAMIENTO CONTINUO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES	GESTIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO	Rafael Luna Joyas	14 octubre 2025 De 2:30 pm a 4 pm
	GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Nelson Felipe Tierradentro Quintero y Carlos Andrés Puyo	14 octubre 2025 De 10:30 am a 11 am
	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Jose Nolberto Lozano	14 octubre 2025 De 4 pm am a 5 pm
	GESTIÓN JURIDICA	Miguel Julián Rodríguez Ortiz	15 octubre 2025 De 9 am a 10 am
	CONTRATACIÓN EAPB	Eulogio Durán	15 octubre 2025 De 10:30 am a 11:30 am
	GESTION DOCUMENTAL - ARCHIVO	Wilfrido Cardenas López	15 octubre 2025 De 2:30 pm a 3:30 pm
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Angélica Losada Chicue	15 octubre 2025 De 4 pm a 5 pm
	GESTIÓN AMBIENTAL	Carlos Joan Useche Bernal	16 octubre 2025 De 9 am a 10 am
	MERCADEO	Silvia Daniela Valencia Cardona	16 octubre 2025 De 10:30 am a 11:30 am
	ALMACEN	Hernán Rodrigo Castro Cano	16 octubre 2025 De 2:30 pm a 3:30 pm
	AMBIENTE FISICO	Oswaldo Rubio Plazas	16 octubre 2025 De 4 pm a 5 pm
	SISTEMA OBLIGATORIO PARA LA GARANTIA DE LA CALIDAD	Blanca Nubia Rodríguez Saenz	20 octubre 2025 De 9 am a 10 am
	GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA	Luisa Fernanda Castañeda	20 octubre 2025 De 10:30 am a 11:30 am
COMPONENTE No. 3 AMPLIACIÓN DE SERVICIOS	MISIONAL - SUBGERENCIA TÉCNICO - CIENTIFICA	Cesar Eduardo González Díaz	20 octubre 2025 De 2:30 pm a 3:30 pm
COMPONENTE No. 4 ARTICULACIÓN COMUNITARIA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS	ARTICULACIÓN COMUNITARIA MEDIANTE PLAN PADRINO	Maria Camila Tejada Chavarro	20 octubre 2025 De 4 pm a 5 pm
		Arnuz Orozco Quintero	
		Oswaldo Rubio Plazas	
		Cesar Eduardo González Díaz	

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: 3 de 11

2. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

Con base en el indicador número tres de la resolución 408 del 15 de febrero de 2018, que establece como meta de cumplimiento para el PDI el 90%; para medir el cumplimiento óptimo al tercer trimestre, se ha tenido en cuenta una valoración representada en rangos porcentuales, clasificados en tres variables, de la siguiente manera:

INSTRUCTIVO SEMAFORIZACIÓN	
CUMPLIMIENTO OPTIMO	IGUAL O SUPERIOR A 67.5%
CERCA AL CUMPLIMIENTO	ENTRE 57% Y 67.4%
NO CUMPLE	ENTRE 0% A 56%

Teniendo en cuenta que el número de estrategias estipuladas en el PDI son 58, para tener un cumplimiento parcial óptimo, 53 estrategias deberían estar por arriba del 67.5%. Con base en esta premisa, y según la información presentada por cada una de las dependencias, y la articulación lograda en los encuentros que se hicieron efectivos, los resultados son los siguientes:

CONSOLIDADO	
CUMPLIMIENTO OPTIMO	38
CERCA AL CUMPLIMIENTO	8
NO CUMPLE	12

INDICADOR	Número de metas cumplidas del plan de desarrollo / Número de metas programadas
METAS CUMPLIDAS	38
METAS PROGRAMADAS	58
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A 30 DE JUNIO DE 2025	65.52%

En la siguiente relación se detalla el porcentaje de avance de cada una de las estrategias y se evidencia la respectiva semaforización:

— Salud Integral, Impacto Real —

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: 4 de 11

No	LÍNEA ESTRATÉGICA	ESTRATEGIA POR COMPONENTE	INDICADOR	% PRIMER TRIMESTRE	% SEGUNDO TRIMESTRE	% TERCER TRIMESTRE	% ACUMULADO A TERCER TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO
1	GESTIÓN FINANCIERA	Mantener, mediante el uso transparente de los recursos, niveles de eficiencia que contribuyan a la sostenibilidad financiera de la ESE.	1-Número de Informes de portafolio de servicios proyectados/Número de informes de portafolio de servicios presentados (meta 4 informes/año)					58% CERCA AL CUMPLIMIENTO
			2-Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida >= 90 (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/ número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / número de UVR producidas en la vigencia anterior). (meta calculo anual del indicador)	E.P. 0.48 E.G -UVR:	E.P. 0.71 E.G -UVR:	75%	75%	
			3. Número de informes de análisis de ejecución presupuestal de gastos proyectados/Número de informes de análisis de ejecución presupuestal de gastos presentados (meta 4 informes de análisis/año)	0%	0%	75%	75%	
			4. Porcentaje de medidas implementadas para la priorización de gasto por LA EXPANSIÓN DE NUEVO SERVICIOS (Nº de medidas implementadas en el periodo/ Nº total medidas programadas en el periodo) x 100% (4 informes/año de seguimiento a las 15 medidas contempladas en 3 ejes temáticos-Plan de austeridad del gasto 2025)	0%	0%	25%	25%	
2	GESTIÓN FINANCIERA	Fortalecer el modelo de gestión por proceso y riesgo institucionales, mejorando la satisfacción de los grupos de valor.	5. Número de procesos y procedimientos programados/Número de procesos y procedimientos actualizados (Meta anual: actualización de los documentos en 2 de las 7 áreas del proceso de gestión financiera) 6. Número de seguimientos a riesgos programados/Número de seguimiento a riesgos realizados (meta: 4 informes de seguimiento a los riesgos/año)	0%	0%	45%	45%	NO CUMPLE
3	GESTIÓN FINANCIERA	Garantizar altos niveles de transparencia de la gestión pública, como mecanismo de control de los riesgos de corrupción en la entidad.	7. No. De informes del área financiera proyectados con cargo oportuno y/o para el cargue en la página web institucional /No. De informes reportados oportunamente y/o presentados para el cargue en la página web institucional (meta: 65 informes reportados de manera oportuna) 8. No. Planes de Mejoramiento cumplidos satisfactoriamente del área financiera /No. Planes de Mejoramiento realizados al área financiera (meta:	0%	0%	53%	53%	NO CUMPLE
4	GESTIÓN FINANCIERA	Maximizar la confiabilidad, el uso eficaz y eficiente de la información, que contribuyan a lograr los objetivos de la ESE	9. Equilibrio Presupuestal con recaudo: V alor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / V alor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.	0%	0%	75%	75%	75% CUMPLE
			10. No. De Informes de análisis de ejecución presupuestal proyectados / No. De Informes de análisis presupuestal entregados	0%	0%	75%	75%	
			11. No. De Informes de análisis de indicadores de gestión proyectados / No. De Informes de indicadores de gestión entregados					

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: 5 de 11

5	GESTIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO	Realizar la actualización del manual de funciones y reglamento interno de trabajo	Nuevo Manual de Funciones y Reglamento Interno	25%	0%	10%	35%	NO CUMPLE
6	GESTIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO	Aumento cada año en la calificación de MIPG mediante el fortalecimiento de la Política Estratégica de Talento Humano y la Política de 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	25%	Calificación MIPG de 89,6 Calificación MIPG 77,4% Cumplimiento al 100%	Calificación MIPG de 89,6 Calificación MIPG 77,4% Cumplimiento al 100%	100%	CUMPLE
7	GESTIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO	Fortalecer el Plan Anual Estratégico de Talento Humano	PRODUCTOS Cumplimiento cronograma de capacitaciones institucionales Actualización del manual de inducción y reintroducción institucional Aplicación encuesta clima organizacional institucional	16,60%	12,41%	29,17%	58%	CERCA AL CUMPLIMIENTO
8	GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Establecer estrategias para la divulgación y adherencia en la apropiación de la plataforma estratégica institucional	Porcentaje de colaboradores que adoptaron la plataforma estratégica	25%	25%	25%	75%	CUMPLE
9	GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional 2024 – 2028 como herramienta estratégica en la gestión y el mejoramiento continuo	Número de metas cumplidas del plan de desarrollo / Número de metas programadas	25%	52%	64%	64%	CERCA AL CUMPLIMIENTO
10	GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Cumplimiento en el desarrollo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG Institucional	Incremento por cada vigencia de 5 puntos en el índice de desempeño institucional	40%	Cumplimiento: 16,9 puntos de incremento (Meta superada en un 338%)	Cumplimiento: 16,9 puntos de incremento (Meta superada en un 338%)	100%	CUMPLE
11	GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Proyección, elaboración y presentación de proyectos de infraestructura y dotación de equipos biomédicos ante la Secretaría de Salud Departamental y el Ministerio de salud y protección social	Proyectos ejecutados en la institución	25%	25%	25%	75%	CUMPLE
12	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Actualización del Manual Estatuto y Procedimiento de Contratación de la E.S.E	Documentos actualizados, socializados y evaluados	50%	40%	0%	90%	CUMPLE
13	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Operativizar el comité de contratación y definir la periodicidad	Numero de comités realizados en la vigencias / Número de comités programados	25%	25%	25%	75%	CUMPLE
14	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Aportar mayor trazabilidad e incremento en el control de los procesos asociados a la contratación	Número de contratos cargados en el SECOP cada mes	25%	25%	25%	75%	CUMPLE
15	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Realizar capacitaciones de estudios previos internos y externos para los supervisores de la institución	Número de capacitaciones realizadas en el año / Número capacitaciones programadas	0%	0%	0%	0%	NO CUMPLE

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 11

16	GESTIÓN JURIDICA	Actualización Seguimiento política de prevención del daño antijurídico	Documento Medición de la adherencia de la Política Video	25%	16.66%	49.67%	91%	CUMPLE
17	GESTIÓN JURIDICA	Proyección del Plan Anual de prevención del daño antijurídico	Documento Medición de la adherencia	10%	40%	50%	100%	CUMPLE
18	GESTIÓN JURIDICA	Operativizar el comité	Numero de actas en la vigencia / Numero de comités programados	25%	25%	25%	75%	CUMPLE
19	GESTIÓN JURIDICA	Capacitación en responsabilidad médica	2 Informes al año	10%	0%	0%	10%	NO CUMPLE
20	GESTIÓN JURIDICA	Inversión en software para llevar la información jurídica	Compra del Software	5%	25%	25%	55%	NO CUMPLE
21	CONTRATACIÓN EAPB	Operativización del comité de contratación	Numero de Comités Generados del comité de Contratación / Numero Comités Programados para la vigencia. (Periodicidad 4)	25%	25%	25%	75%	CUMPLE
22	CONTRATACIÓN EAPB	Actualización de los códigos cups y cums de acuerdo a la normalidad vigentes y porcentajes de contratación con las EAPB	Numero de Informes de Validación de Códigos cums / Numero de Informes programados para la vigencia. (12) Informe Anual	15%	25%	30%	70%	CUMPLE
23	GESTION DOCUMENTAL - ARCHIVO	Gestionar presupuesto para la implementación de tablas de retención documental, tablas de valoración y cuadros de clasificación documental.	Aprobación y convalidación de las TRD	25%	10%	30%	65%	CERCA AL CUMPLIMIENTO
24	GESTION DOCUMENTAL - ARCHIVO	Gestión de archivos rodantes y cups 400 para su debida organización, clasificación y conservación de los documentos dando cumplimiento en lo establecido por las normas y leyes de archivo	Gestión de 12 cuerpos de 3 unidades de conservación (Archivadores rodantes)	0%	10%	20%	30%	NO CUMPLE
25	GESTION DOCUMENTAL - ARCHIVO	Gestionar recursos tecnológicos para optimizar el trabajo, aumentar la productividad y llevar el control bases de datos de los documentos de la institución.	Número de historias laborales digitalizadas / número total de historias por digitalizar	36%	7.82%	14.00%	58%	CERCA AL CUMPLIMIENTO

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: 7 de 11

26	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Implementar los 60 estándares mínimos en seguridad y salud en el trabajo establecidos en la Resolución 0312 de 2019.	Número de estándares implementados /Número de estándares de obligatorio cumplimiento establecidos en la resolución 0132 de 2019* 100 META Cumplir en un 90 % de los estándares mínimos en SST	31.67%	11.7%	17.0%	60%	CERCA AL CUMPLIMIENTO
27	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Aplicar el instrumento de la batería de riesgo psicosocial dando cumplimiento a lo establecido en la Resolución 2404 del 2019 y la Resolución 2646 de 2008.	Número de acciones de mejora implementadas /Número de acciones de mejora identificadas *100% META Aplicar el instrumento de la batería de riesgo psicosocial al 80% de los colaboradores	0%	0%	0%	0%	NO CUMPLE
28	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Operativizar el COPASST (Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo), el cual desempeña un papel fundamental en la prevención de accidentes y enfermedades laborales. Su compromiso contribuye a crear ambientes laborales más seguros y fomenta la conciencia colectiva sobre la importancia de la seguridad en el entorno laboral.	No. de reuniones realizadas en el año por el COPASST/ No. de reuniones programadas en el año *100 META Cumplir con el 90% de las reuniones programadas por el COPASST	8.33%	16.60%	25.00%	50%	NO CUMPLE
29	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Crear una cultura de seguridad vial en los colaboradores de la institución, implementando el día de la bicicleta con la finalidad de visibilizar la importancia de un transporte ecológico y saludable.	Número de actividades realizadas/ Número de actividades programadas para la implementación de la política de seguridad vial META Cumplir con el 80% de las actividades programadas para la implementación de la política de seguridad vial.	11.11%	11.11%	46%	68%	CUMPLE
30	GESTIÓN AMBIENTAL	Gestión de cerramiento de la institución.	Metros lineales sembrados en material vegetal en cada vigencia.	10%	0%	80%	90%	CUMPLE
31	GESTIÓN AMBIENTAL	Política, lineamiento y estrategias en el uso de energías renovables en la institución.	Número de colaboradores a quien se socializa la política de gestión ambiental sobre total de colaboradores. Certificado de vinculación a la red hospitales verdes y saludables. Número de informes presentados en la vigencia sobre total de informes programados para la vigencia.	3.33%	3.33%	76%	83%	CUMPLE
32	GESTIÓN AMBIENTAL	Adecuación del centro de acopio gestión de residuos	Presentación informe de la necesidad de ampliación del cuarto de residuos. Compra de la balanza digital. Indicadores según ficha técnica RH1, residuos ordinarios, reciclaje, residuos peligrosos.	17%	8%	36%	61%	CERCA AL CUMPLIMIENTO
33	GESTIÓN AMBIENTAL	Adecuación y ampliación de la planta de tratamiento de aguas residuales RTAR de las institución.	Registro del cargue en el cumplimiento del reporte de la CAM 2024. Número de mantenimiento realizados sobre el número de mantenimientos programados	25%	25%	21%	71%	CUMPLE
34	MERCADEO	Fortalecer la página web institucional, a través de la política de gobierno digital, en cumplimiento de la normatividad vigente.	Número de documentos actualizados / Número total de documentos a actualizar	25%	25%	25%	75%	CUMPLE
35	MERCADEO	Fortalecer los medios digitales, con los elementos requeridos y necesarios para la creación de contenido de calidad	Número Equipos Tecnológicos adquiridos / Numero de equipos proyectados	25%	0%	0%	25%	NO CUMPLE
36	MERCADEO	Fortalecer la imagen en redes sociales institucionales	Número de publicaciones realizadas para la vigencia / Número de publicaciones programadas para la vigencia	25%	25%	25%	75%	CUMPLE



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: 8 de 11

37	ALMACÉN	Actualizar el proceso, procedimientos de almacén y activos fijos	Mantener registros actualizados y veraces de: control de existencias de insumos y equipos, inventario semestral, Producción diaria y mensual y Consumos anuales de los insumos.	25%	25%	25%	75%	CUMPLE
38	ALMACÉN	Gestión de recursos para la ampliación del área de almacén	Número de M ² Ampliados en la institución	10%	0%	0%	10%	NO CUMPLE
39	ALMACÉN	Operativizar el comité de bajas de la institución	Número de actas realizadas / Numero de comités programados para la vigencia	10%	0%	65%	75%	CUMPLE
40	AMBIENTE FISICO	Cumplimiento del plan de mantenimiento hospitalario (cronograma)	Ejecución de cronograma de Mantenimiento Actividades Cumplidas / Total Actividades Programadas * 100%	20%	20.75%	24%	65%	CERCA AL CUMPLIMIENTO
41	AMBIENTE FISICO	Garantizar el desarrollo del mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos según el cronograma establecido por la institución	Número de mantenimientos preventivos realizados / Total de mantenimientos preventivos programados N. de mantenimiento correctivos de equipos biomédicos realizados / Total de equipos biomédicos existentes	25%	24.50%	24.75%	74%	CUMPLE
42	GESTION PARA LA CALIDAD	Contar con una apropiación de los estándares de calidad a través del mejoramiento continuo y la gestión eficiente y responsable de los procesos encaminados a la satisfacción de los grupos de interés.	Evaluación grupo de estándares de acreditación / 0.5 del porcentaje de avance por autoevaluación.	25%	25%	25%	75%	CUMPLE
43	GESTION PARA LA CALIDAD	HABILITACIÓN Mejorar las condiciones de infraestructura en los servicios de urgencias, observación, laboratorio clínico, habilitar prestación del servicio de depósito de cadáveres, cardiología no, invasiva, unidad renal en la institución el fin de mejorar la prestación del servicio para la población atendida	No. Proyectos ejecutados / No. Proyectos inscritos en el Plan Bienal	25%	25%	20%	70%	CUMPLE
44	GESTION PARA LA CALIDAD	Mejorar la apropiación de los colaboradores en el programa de seguridad del paciente a través del mejoramiento continuo y la gestión eficiente y responsable de los procesos encaminados a mejorar los procesos asistenciales seguros	Percepción de los usuarios acerca del programa de seguridad del paciente/ pqsaf relacionadas con atención insegura	25%	21%	29%	75%	CUMPLE
45	GESTION PARA LA CALIDAD	Optimizar la medición de indicadores de obligatorio cumplimiento, indicadores institucionales y de gestión en la institución	Indicadores definidos por la institución / total de indicadores reportados por los servicios	10%	35%	25%	70%	CUMPLE
46	GESTION PARA LA CALIDAD	Dar continuidad al programa de mejoramiento PAMEC, parte de un proceso de priorización de las oportunidades de mejora identificadas. la priorización se basa en los preceptos del sistema único de acreditación y se realiza por el grado de riesgo, costo y volumen. los soportes son el PAMEC, la ficha técnica de seguimiento al PAMEC y el informe de plan de gestión llevado a junta directiva.	Ejecución del actividades cronograma ruta crítica PAMEC 2024 / sobre el total de actividades programas en la vigencia	12%	43%	20%	75%	CUMPLE
47	GESTION PARA LA CALIDAD	Mejorar la apropiación de los colaboradores en el programa de humanización a través del mejoramiento continuo	Percepción del usuario acerca de la atención humanizada/sobre total se usuarios encuestados (# de usuarios satisfechos / # de usuarios encuestados) x100	25%	25%	25%	75%	CUMPLE

— 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".

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: 9 de 11

48	GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA	Reactivación asociación de usuarios	No. Mesas de trabajo realizadas / No. Mesas programas en la vigencia	25%	25%	0%	50%	NO CUMPLE
49	GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA	Fortalecer la oportunidad en la asignación de citas	Número de citas cumplidas / Número de citas asignadas	25%	21%	25%	71%	CUMPLE
50	GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA	Cumplimiento de las actividades establecidas en el cronograma de la PPS	Número de actividades de PPSS realizadas / número total de actividades programadas en la vigencia	25%	44%	9%	78%	CUMPLE
51	MISIONAL SUBGERENCIA TÉCNICO CIENTIFICA	Gestión para la construcción de la ampliación del servicio de Hospitalización.	Proyección del proyecto/ la ejecución del servicio	25%	25%	25%	75%	CUMPLE
52	MISIONAL SUBGERENCIA TÉCNICO CIENTIFICA	Gestión para la ampliación de los servicios de Urgencias y Laboratorio	Proyección del proyecto/ la ejecución del servicio	25%	25%	25%	75%	CUMPLE
53	MISIONAL SUBGERENCIA TÉCNICO CIENTIFICA	Gestión para la consecución de los diseños del nuevo módulo de consulta externa	Gestión de la Proyección proyecto/ la ejecución del servicio Gestión para estudios y diseños nuevo módulo de servicio de consulta externa.	25%	25%	25%	75%	CUMPLE
54	MISIONAL SUBGERENCIA TÉCNICO CIENTIFICA	Análisis de ampliación de servicios de la institución según el estudio de mercado.	Solicitud de servicios / servicios habilitados	25%	25%	25%	75%	CUMPLE
55	MISIONAL SUBGERENCIA TÉCNICO CIENTIFICA	Gestión para la adquisición de un nuevo equipo de RX para la E.S.E	Gestión de la Proyección / la ejecución del servicio	25%	25%	25%	75%	CUMPLE
56	MISIONAL SUBGERENCIA TÉCNICO CIENTIFICA	Medición de la adherencia de guías, protocolos por medios de capacitación al personal asistencial.	Adherencia de guías y protocolos/ total de personal asistencial capacitados.	25%	25%	25%	75%	CUMPLE
57	MISIONAL SUBGERENCIA TÉCNICO CIENTIFICA	Gestión para la habitación de la tercera sala de cirugía y equipos biomédicos.	Identificación de necesidades para habitación de tercera sala de cirugía Gestión y adquisición de elementos necesarios para habitación de la sala de cirugía Gestión Habitación de sala de cirugía por parte de la SSD.	25%	25%	25%	75%	CUMPLE
58	ARTICULACIÓN COMUNITARIA MEDIANTE EL PLAN PADRINO	Gestionar encuentros regionales con actores sociales del sector del Occidente del Huila Implementar Plan Padrino, en acompañamiento a cada municipio de la zona de influencia Articulación de la Política de Participación Social en Salud y cumplimiento de sus 23 actividades Unión y creación de alianzas para gestionar de manera conjunta acciones orientadas a la transformación de los problemas de salud	Número de encuentro realizados / Número de encuentros programados para la vigencia	10%	0%	90%	100%	CUMPLE

3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para analizar los resultados del seguimiento, se realiza la respectiva grafica para identificar el porcentaje de estrategias clasificadas en cada variable:



Los resultados reflejan un comportamiento favorable en la variable de **cumplimiento óptimo**, avanzando 13.5 puntos porcentuales respecto al seguimiento realizado en el segundo trimestre, donde se evidenció un grado de cumplimiento bajo, situándose en el 52%; es importante tener en cuenta que el seguimiento se realiza de manera parcial y por tanto el indicador óptimo, debe reflejar el 90%. Así las cosas, aunque se logró mejorar respecto al trimestre anterior, parcialmente no se cumple con la meta estipulada en el indicador número tres de la resolución 408 del 15 de febrero de 2018.

La variable **cerca al cumplimiento** se sitúa en el 14%, representa 8 estrategias que están a menos de 10 puntos porcentuales de cumplir el mínimo requerido para pasar a cumplimiento óptimo. Con relación al trimestre anterior, la tendencia presenta un mínimo crecimiento.

**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:** 11 de 11

El 21% de las estrategias estipuladas en el PDI, están clasificadas con semáforo rojo, este peso porcentual representa en valor absoluto un total de 12 estrategias, las cuales son un factor a tener en cuenta por parte de la oficina de control interno, sin embargo, la tendencia con relación al trimestre anterior mejoró, puesto que estas mismas, para ese momento, sumaban 25.

— 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".