

<b>FECHA:</b>	Mayo de 2026
<b>ACTIVIDAD:</b>	Informe primer seguimiento año 2026 – Plan de Desarrollo Institucional o Plan Operativo Anual por Componentes.
<b>PROCESO VINCULADO:</b>	Planeación
<b>RESPONSABLE:</b>	Diego Fernando Mompotes Noriega, Profesional apoyo a planeación.
<b>OBJETIVO:</b>	Presentar informe de seguimiento a la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional o Plan Operativo Anual por Componentes primer trimestre de 2026.

## 1. CONTEXTUALIZACIÓN

La Oficina de Planeación de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata, en cumplimiento de sus funciones de direccionamiento estratégico, monitoreo institucional y evaluación de la gestión, desarrolla de manera permanente acciones orientadas al seguimiento, control y verificación del cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Desarrollo Institucional (PDI), aprobado mediante Acuerdo No. 014 del 23 de octubre de 2024 por la Junta Directiva de la entidad.

El Plan de Desarrollo Institucional se encuentra estructurado en 16 líneas estratégicas, 58 estrategias y sus respectivos indicadores de resultado y cumplimiento, los cuales constituyen la hoja de ruta para el fortalecimiento institucional, la mejora continua de los procesos y el cumplimiento de los objetivos misionales de la ESE.

En el marco de este ejercicio de seguimiento, la Oficina de Planeación realiza de manera trimestral el proceso de recolección, consolidación, análisis y validación de la información reportada por cada una de las dependencias responsables de la ejecución de las estrategias institucionales, con el propósito de verificar el avance de las metas programadas y determinar el nivel de cumplimiento alcanzado durante cada periodo evaluado.

Para el seguimiento correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2026, se efectuó requerimiento formal de información a los líderes estratégicos y responsables de los diferentes procesos institucionales, mediante comunicación oficial remitida a través de correo electrónico, en la cual se adjuntó la matriz de seguimiento del PDI en formato Excel. En dicha solicitud se impartieron las directrices técnicas para el diligenciamiento de la información correspondiente al periodo evaluado, especialmente en lo relacionado con el reporte porcentual de avance, las acciones ejecutadas y el cargue de las respectivas evidencias documentales que soportan la gestión desarrollada.

Asimismo, se establecieron espacios de acompañamiento y asistencia técnica liderados por la Oficina de Planeación, con el fin de resolver inquietudes relacionadas con el diligenciamiento de la matriz, fortalecer la trazabilidad de la información reportada y garantizar la adecuada sustentación de los porcentajes de cumplimiento registrados por cada dependencia.

Es importante señalar que el presente seguimiento incorpora como insumo fundamental los informes de cierre de la vigencia 2025, consolidados por cada una de las áreas responsables y presentados ante la Oficina de Planeación en cumplimiento de los compromisos definidos durante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño realizado el día 8 de enero de 2026. Dichos informes permitieron establecer la línea base de continuidad para la vigencia 2026 y facilitaron la articulación entre las acciones ejecutadas en el cierre de la vigencia anterior y las metas programadas para el nuevo periodo institucional.

Finalmente, el presente informe tiene como finalidad evidenciar el estado de avance de las estrategias institucionales durante el primer trimestre de 2026, identificar oportunidades de mejora en la ejecución de las metas establecidas y fortalecer los mecanismos de seguimiento y toma de decisiones orientadas al cumplimiento efectivo del Plan de Desarrollo Institucional de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua.

## 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 cuarto trimestre, se ha tenido en cuenta una valoración representada en rangos porcentuales, clasificados en tres variables, de la siguiente manera:

INSTRUCTIVO SEMAFORIZACIÓN	
CUMPLIMIENTO ÓPTIMO	IGUAL O SUPERIOR A 75%
CERCA AL CUMPLIMIENTO	ENTRE 65,5% Y 74,9%
NO CUMPLE	ENTRE 0% A 65%

Teniendo en cuenta que el Plan de Desarrollo Institucional (PDI) contempla un total de cincuenta y ocho (58) estrategias formuladas para la vigencia evaluada, resulta necesario establecer un parámetro objetivo que permita determinar el nivel de cumplimiento parcial alcanzado durante el periodo de seguimiento. En ese sentido, y con el propósito de garantizar un desempeño institucional acorde con las metas establecidas y teniendo en cuenta que es el tercer año del periodo institucional del gerente, se determinó que, para considerar un cumplimiento parcial óptimo, al menos cincuenta y cuatro (54) estrategias deben registrar un avance superior al 75%.

Este umbral porcentual se adopta como criterio técnico de referencia para evaluar el comportamiento general del PDI, permitiendo no solo medir el progreso cuantitativo de las estrategias, sino también valorar el grado de alineación de las dependencias responsables frente a los compromisos institucionales adquiridos.

Con fundamento en esta premisa metodológica, se realizó el análisis de la información reportada por cada una de las dependencias responsables de la ejecución de las estrategias. Dichos datos fueron previamente verificados y sustentados mediante las evidencias correspondientes, así como validados en los encuentros de articulación efectuados con los líderes estratégicos, espacios en los cuales se aclararon inquietudes, se revisaron los soportes documentales y se consolidaron los porcentajes definitivos de avance.

Como resultado del proceso de revisión, consolidación, validación y análisis técnico de la información suministrada por las diferentes dependencias responsables de la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional, se obtienen los siguientes resultados correspondientes al primer trimestre de la vigencia 2026:

CONSOLIDADO	
CUMPLIMIENTO OPTIMO	47
CERCA AL CUMPLIMIENTO	3
NO CUMPLE	8

En la siguiente relación se detalla el porcentaje de avance de cada una de las estrategias y se evidencia la respectiva semaforización; Es importante precisar que los datos expuestos en el presente informe corresponden al avance inicial de la vigencia 2026, razón por la cual los porcentajes de cumplimiento evidenciados aún no alcanzan la meta acumulada del 75% establecida para el tercer año de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional. No obstante, los resultados obtenidos permiten identificar la tendencia de avance y el comportamiento en la ejecución de cada una de las 58 estrategias formuladas en el mencionado instrumento de planificación, constituyéndose en un insumo técnico fundamental para la toma de decisiones, la formulación de acciones de mejora y el fortalecimiento del seguimiento institucional durante el desarrollo de la presente vigencia:

No	LÍNEA ESTRATÉGICA	ESTRATEGIA POR COMPONENTE	INDICADOR	% PRIMER TRIMESTRE	% ACUMULADO	CUMPLIMIENTO
1	GESTIÓN FINANCIERA	Mantener, mediante el uso transparente de los recursos, niveles de eficiencia que contribuyan a la sostenibilidad financiera de la ESE.	<p>1-Número de Informes de portafolio de servicios proyectados/Numero de informes de portafolio de servicios presentados (meta 4 informes/año)</p> <p>2-Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida <math>\geq 90</math></p> <p>(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)</p>	25%	17%	CERCA AL CUMPLIMIENTO

			<p>3. Número de informes de análisis de ejecución presupuestal de gastos proyectados/Número de informes de análisis de ejecución presupuestal de gastos presentados (<b>meta 4 informes de análisis/año</b>)</p> <p>4. Porcentaje de medidas implementadas para la priorización de gasto por LA EXPANSION DE NUEVO SERVICIOS (N° de medidas implementadas en el periodo/ N° total medidas programadas en el periodo) x 100% (<b>4 informes/año de seguimiento a las 15 medidas contempladas en 3 ejes tematicos-Plan de austeridad del gasto 2025</b>)</p>	0%	25%		
2	GESTIÓN FINANCIERA	Fortalecer el modelo de gestión por proceso y riesgo institucionales, mejorando la satisfacción de los grupos de valor.	<p>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)</p> <p>6. Número de seguimientos a riesgos programados/Número de seguimiento a riesgos realizados (meta: 4 informes de seguimiento a los riesgos/año)</p>	13%	13%	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.	<p>7. No. De informes del área financiera proyectados con cargue 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)</p> <p>8. No. Planes de Mejoramiento cumplidos satisfactoriamente del área financiera /No. Planes de Mejoramiento realizados al área financiera (meta:</p>	25%	25%	CUMPLE	
4	GESTIÓN FINANCIERA	Maximizar la confiabilidad, el uso eficaz y eficiente de la información, que contribuyan a lograr los objetivos de la ESE	<p>9. Equilibrio Presupuestal con recaudo: Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.</p>	0%	5%	NO CUMPLE	

			10. No. De Informes de análisis de ejecución presupuestal proyectados / No. De Informes de análisis presupuestal entregados			
			11. No. De Informes de análisis de indicadores de gestión proyectados / No. De Informes de indicadores de gestión entregados	10%		
5	<b>GESTIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO</b>	Realizar la actualización del manual de funciones y reglamento interno de trabajo	Nuevo Manual de Funciones y Reglamento Interno	50%	50%	<b>CUMPLE</b>
6	<b>GESTIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO</b>	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	50%	50%	<b>CUMPLE</b>
7	<b>GESTIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO</b>	Fortalecer el Plan Anual Estratégico de Talento Humano	PRODUCTOS Cumplimiento cronograma de capacitaciones institucionales Actualización del manual de inducción y reinducción institucional Aplicación encuesta clima organizacional institucional	71,68%	72%	<b>CUMPLE</b>
8	<b>GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>	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%	<b>CUMPLE</b>
9	<b>GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>	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%	25%	<b>CUMPLE</b>
10	<b>GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>	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%	40%	<b>CUMPLE</b>
11	<b>GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>	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%	<b>CUMPLE</b>
12	<b>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b>	Actualización del Manual, Estatuto y Procedimiento de Contratación de la E.S.E	Documentos actualizados, socializados y evaluados	100%	100%	<b>CUMPLE</b>
13	<b>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b>	Operativizar el comité de contratación y definir la periodicidad	Numero de comités realizados en la vigencias / Número de comités programados	0%	0%	<b>NO CUMPLE</b>
14	<b>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b>	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%	<b>CUMPLE</b>



15	<b>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b>	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%	<b>NO CUMPLE</b>
16	<b>GESTIÓN JURIDICA</b>	Actualización Seguimiento política de prevención del daño antijurídico	Documento Medición de la adherencia de la Política Video	75%	75%	<b>CUMPLE</b>
17	<b>GESTIÓN JURIDICA</b>	Proyección del Plan Anual de prevención del daño antijurídico	Documento Medición de la adherencia	75%	75%	<b>CUMPLE</b>
18	<b>GESTIÓN JURIDICA</b>	Operativizar el comité	Numero de actas en la vigencia / Numero de comités programados	25%	25%	<b>CUMPLE</b>
19	<b>GESTIÓN JURIDICA</b>	Capacitación en responsabilidad médica	2 Informes al año	25%	25%	<b>CUMPLE</b>
20	<b>GESTIÓN JURIDICA</b>	Inversión en software para llevar la información jurídica	Compra del Software	100%	100%	<b>CUMPLE</b>
21	<b>CONTRATACIÓN EAPB</b>	Operativización del comité de contratación	Numero de Comités Generados del comité de Contratación / Numero Comités Programados para la vigencia. (Periodicidad 4)	25%	25%	<b>CUMPLE</b>
22	<b>CONTRATACIÓN EAPB</b>	Actualización de los códigos cups y cums de acuerdo a la normatividad 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	25%	25%	<b>CUMPLE</b>
23	<b>GESTION DOCUMENTAL - ARCHIVO</b>	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%	25%	<b>CUMPLE</b>
24	<b>GESTION DOCUMENTAL - ARCHIVO</b>	Gestión de archivos rodantes y cajas x300 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%	0%	<b>NO CUMPLE</b>
25	<b>GESTION DOCUMENTAL - ARCHIVO</b>	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	94%	94%	<b>CUMPLE</b>
26	<b>SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	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	22%	22%	<b>CUMPLE</b>
27	<b>SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	Aplicar el instrumento de la batería de riesgo psicosocial dando cumplimiento a lo establecido en la	Número de acciones de mejora implementadas /Número de acciones de mejora identificadas *100%	0%	0%	<b>NO CUMPLE</b>

		Resolución 2404 del 2019 y la Resolución 2646 de 2008.	META Aplicar el instrumento de la batería de riesgo psicosocial al 80% de los colaboradores			
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	25%	25%	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.	23%	23%	CUMPLE
30	GESTIÓN AMBIENTAL	Gestión de cerramiento de la institución.	Metros lineales sembrados en material vegetal en cada vigencia.	15%	15%	CERCA AL CUMPLIMIENTO
31	GESTIÓN AMBIENTAL	Política, lineamiento y estrategias en el uso de energías renovables en la institución.	Número de colaboradores a quien se socializo la política de gestión ambiental sobre total de colaboradores.  Certificado de vinculación a la red hospitalares verdes y saludables.  Número de informes presentados en la vigencia sobre total de informes programados para la vigencia.	25%	25%	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.	25%	25%	CUMPLE
33	GESTIÓN AMBIENTAL	Adecuación y ampliación de la planta de tratamiento de aguas residuales PTAR 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%	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	100%	100%	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	20%	20%	CERCA AL CUMPLIMIENTO
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%	CUMPLE
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%	CUMPLE
38	ALMACÉN	Gestión de recursos para la ampliación del área de almacén	Número de M <sup>2</sup> Ampliados en la institución	25%	25%	CUMPLE
39	ALMACÉN	Operativizar el comité de bajas de la institución	Número de actas realizadas / Numero de comités programados para la vigencia	0%	0%	NO CUMPLE
40	AMBIENTE FISICO	Cumplimiento del plan de mantenimiento hospitalario (cronograma)	Ejecución de cronograma de Mantenimiento Actividades Cumplidas / Total Actividades Programadas = 100%	25%	25%	CUMPLE
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%	25%	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%	CUMPLE
43	GESTION PARA LA CALIDAD	<b>HABILITACIÓN</b> 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%	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	Percepción de los usuarios acerca del programa de seguridad del paciente/ pqrsl relacionadas con atención insegura	25%	25%	CUMPLE

		gestión eficiente y responsable de los procesos encaminados a mejorar los procesos asistenciales seguros				
45	<b>GESTION PARA LA CALIDAD</b>	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	25%	25%	<b>CUMPLE</b>
46	<b>GESTION PARA LA CALIDAD</b>	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	25%	25%	<b>CUMPLE</b>
47	<b>GESTION PARA LA CALIDAD</b>	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%	<b>CUMPLE</b>
48	<b>GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA</b>	Reactivación asociación de usuarios	No. Mesas de trabajo realizadas / No. Mesas programas en la vigencia	25%	25%	<b>CUMPLE</b>
49	<b>GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA</b>	Fortalecer la oportunidad en la asignación de citas	Número de citas cumplidas / Número de citas asignadas	25%	25%	<b>CUMPLE</b>
50	<b>GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA</b>	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%	25%	<b>CUMPLE</b>
51	<b>MISIONAL SUBGERENCIA TÉCNICO CIENTIFICA</b>	Gestión para la construcción de la ampliación del servicio de Hospitalización.	Proyección del proyecto/ la ejecución del servicio	25%	25%	<b>CUMPLE</b>
52	<b>MISIONAL SUBGERENCIA TÉCNICO CIENTIFICA</b>	Gestión para la ampliación de los servicios de Urgencias y Laboratorio	Proyección del proyecto/ la ejecución del servicio	25%	25%	<b>CUMPLE</b>
53	<b>MISIONAL SUBGERENCIA TÉCNICO CIENTIFICA</b>	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%	<b>CUMPLE</b>
54	<b>MISIONAL SUBGERENCIA TÉCNICO CIENTIFICA</b>	Análisis de ampliación de servicios de la institución según el estudio de mercado.	Solicitud de servicios / servicios habilitados	25%	25%	<b>CUMPLE</b>

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%	CUMPLE
56	MISIONAL SUBGERENCIA TÉCNICO CIENTIFICA	Medición de la adherencia de guías, protocolos por medios de capacitaciones al personal asistencial.	Adherencia de guías y protocolos/ total de personal asistencial capacitados.	25%	25%	CUMPLE
57	MISIONAL SUBGERENCIA TÉCNICO CIENTIFICA	Gestión para la habilitación de la tercera sala de cirugía y equipos biomédicos.	Identificación de necesidades para habilitación de tercera sala de cirugía  Gestión y adquisición de elementos necesarios para habilitación de la sala de cirugía  Gestión Habilitación de sala de cirugía por parte de la SSD.	25%	25%	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	0%	0%	NO CUMPLE

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 02/03/2026	
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN</b>	<b>Código:</b> ME-GPL-F-034 <b>Versión:</b> 04 <b>Página:</b> 12 de 14	

### 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:



Con base en la información reportada para el seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2026, se evidencia un comportamiento institucional favorable en términos generales, reflejando un importante nivel de avance en la ejecución de las estrategias planteadas dentro del PDI 2024–2028.

El análisis consolidado permite identificar que, de las 58 estrategias evaluadas, 47 presentan un estado de "Cumplimiento", 3 se encuentran "Cerca al cumplimiento" y únicamente 8 registran condición de "No cumple", lo que demuestra que la mayoría de las dependencias han iniciado de manera satisfactoria la ejecución de las actividades programadas para la presente vigencia. Este comportamiento evidencia compromiso institucional frente al desarrollo de las metas estratégicas y una adecuada articulación entre las áreas responsables y la Oficina de Planeación.

Es importante precisar que los resultados obtenidos corresponden exclusivamente al primer trimestre del año 2026, razón por la cual los porcentajes reportados aún no alcanzan la meta



	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 02/03/2026	
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN</b>	<b>Código:</b> ME-GPL-F-034 <b>Versión:</b> 04 <b>Página:</b> 13 de 14	

acumulada del 75% establecida para el tercer año de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional. No obstante, los avances evidenciados permiten establecer una tendencia positiva en el cumplimiento progresivo de las estrategias institucionales, constituyéndose en un indicador preliminar del comportamiento operativo y administrativo de cada proceso.

Dentro de las líneas estratégicas con mejor desempeño se destacan Gestión Jurídica, Gestión de Planeación y Direccionamiento Estratégico, Gestión para la Calidad, Gestión Ambiental, Gestión de Atención al Usuario, Gestión Misional Técnico Científica y Gestión de Contratación, las cuales presentan niveles de cumplimiento acordes con la programación institucional del periodo evaluado. Asimismo, se resalta el avance significativo en procesos relacionados con actualización documental, fortalecimiento de la calidad institucional, mantenimiento hospitalario, seguridad del paciente, fortalecimiento de infraestructura y formulación de proyectos estratégicos.

De igual manera, se evidencian avances importantes en la Gestión Estratégica de Talento Humano, especialmente en el fortalecimiento del Plan Estratégico de Talento Humano, cumplimiento del cronograma de capacitaciones institucionales y actualización de instrumentos organizacionales, aspectos que contribuyen al fortalecimiento del clima organizacional y al mejoramiento continuo de las competencias institucionales.

No obstante, el análisis técnico también permite identificar oportunidades de mejora en algunas estrategias que registran bajo nivel de avance o ausencia de ejecución durante el primer trimestre. Entre ellas se encuentran la operativización de algunos comités institucionales, actividades asociadas a contratación, gestión documental, implementación de acciones derivadas de la batería de riesgo psicosocial y estrategias de articulación comunitaria mediante el Plan Padrino. Estas situaciones requieren fortalecimiento en la planeación operativa, seguimiento oportuno y definición de acciones correctivas que permitan garantizar el cumplimiento de las metas programadas para los siguientes trimestres.

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 02/03/2026	
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN</b>	<b>Código:</b> ME-GPL-F-034	
		<b>Versión:</b> 04	
	<b>Página:</b> 14 de 14		

Asimismo, se observa que algunas estrategias clasificadas como “Cerca al cumplimiento” presentan avances relevantes, aunque aún requieren consolidación para alcanzar los niveles óptimos establecidos en la semaforización institucional. Tal es el caso de las estrategias relacionadas con gestión ambiental, fortalecimiento de medios digitales y sostenibilidad financiera.

En términos generales, el comportamiento institucional durante el primer trimestre de 2026 evidencia una tendencia favorable en la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional, permitiendo identificar fortalezas en la gestión administrativa, financiera, misional y de apoyo, así como aspectos susceptibles de mejora que servirán como base para la toma de decisiones y el fortalecimiento de la gestión institucional durante el resto de la vigencia.

**DIEGO FERNANDO MOMPOTES NORIEGA**  
Profesional Apoyo a planeación