

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		Versión: 03
	LA PLATA HUILA		Página: 1 de 12
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		

FECHA:	Febrero de 2026
ACTIVIDAD:	Informe final de seguimiento año 2025 – Plan de Desarrollo Institucional o Plan Operativo Anual por Componentes.
PROCESO VINCULADO:	Planeación
RESPONSABLE:	Diego Fernando Mompotes Noriega, Profesional apoyo a planeación.
OBJETIVO:	Presentar informe de seguimiento a la ejecución del total del año 2025 del Plan de Desarrollo Institucional o Plan Operativo Anual por Componentes.

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 desarrollan acciones permanentes de seguimiento, evaluación y control orientadas a garantizar el cumplimiento de las 16 líneas estratégicas, 58 estrategias y los indicadores establecidos en el Plan de Desarrollo Institucional, aprobado por la Junta Directiva mediante Acuerdo No. 014 del 23 de octubre de 2024.

En cumplimiento de esta función, se realiza seguimiento trimestral a cada una de las áreas responsables de la ejecución de las estrategias. Para el tercer trimestre de la vigencia 2025, y en atención a las observaciones efectuadas durante la reunión de socialización de las acciones que no alcanzaron la meta en el segundo trimestre, se determinó omitir la solicitud del informe ejecutivo, teniendo en cuenta que este ya había sido requerido a los líderes estratégicos como soporte de la información reportada en los trimestres primero y segundo.

En consecuencia, el día 1 de octubre de 2025 se efectuó el requerimiento formal de información mediante correo electrónico dirigido a las dependencias con responsabilidad directa en la ejecución del PDI. En dicha comunicación se adjuntó

— 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	Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	Versión: 03
	LA PLATA HUILA	Página: 2 de 12
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL	

la matriz en formato Excel, impartiendo instrucciones precisas para el diligenciamiento de las columnas T, U y V, correspondientes al tercer trimestre, y se estableció como fecha límite para la remisión de la información el día 10 de octubre de 2025, junto con las respectivas evidencias que respaldaran los avances reportados.

Adicionalmente, con el propósito de asegurar un seguimiento articulado, resolver inquietudes y sustentar técnicamente los porcentajes de avance consignados en la matriz, se anexó el cronograma de encuentros presenciales con cada uno de los líderes estratégicos, el cual se relaciona a continuación.

Cabe señalar que, posteriormente, el día 8 de enero de 2026 se llevó a cabo el Comité de Gestión y Desempeño Institucional, en el cual se definieron las fechas para la presentación de los informes de cierre de cada uno de los planes institucionales ante la Oficina de Planeación. Lo anterior con el fin de consolidar la información correspondiente a la vigencia 2025 y emitir el respectivo dictamen sobre el nivel de cumplimiento y desarrollo de los planes. La fecha máxima establecida para la entrega de dichos informes fue el día 13 de febrero de 2026.

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 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 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

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	Versión: 03
	LA PLATA HUILA	Página: 3 de 12
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL	

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, se determinó que, para considerar un cumplimiento parcial óptimo, al menos cincuenta y tres (53) estrategias deben registrar un avance superior al 67,5%.

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 y análisis técnico de la información suministrada, se obtienen los siguientes resultados:

CONSOLIDADO	
CUMPLIMIENTO OPTIMO	53
CERCA AL CUMPLIMIENTO	3
NO CUMPLE	2

INDICADOR	Número de metas cumplidas del plan de desarrollo / Número de metas programadas
METAS CUMPLIDAS	53
METAS PROGRAMADAS	58
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A 31 DE DICIEMBRE DE 2025	91,38%

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		Versión: 03
	LA PLATA HUILA		Página: 4 de 12
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		

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

No	LÍNEA ESTRATÉGICA	ESTRATEGIA POR COMPONENTE	INDICADOR	% PRIMER TRIMESTRE	% SEGUNDO TRIMESTRE	% TERCER TRIMESTRE	% CUARTO TRIMESTRE	% ACUMULADO A CUARTO 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-Numero de Informes de portafolio de servicios proyectados/Numero de informes de portafolio de servicios presentados (meta 4 informes/año)						CUMPLE
			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%	25%	100%	
			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%	25%	100%	
			4. Porcentaje de medidas implementadas para la priorización de gasto por LA EXPANSION 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%	50%	75%	
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%	50%	95%	CUMPLE

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		Versión: 03
	LA PLATA HUILA		Página: 5 de 12
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		

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 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) 8. No. Planes de Mejoramiento cumplidos satisfactoriamente del área financiera /No. Planes de Mejoramiento realizados al área financiera (meta:	0%	0%	53%	47%	100%	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: 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.	0%	0%	75%	25%	100%	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	0%	0%	75%	25%	100%	
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%	40%	75%	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	25%	Calificación MIPG de 89,6	Calificación MIPG de 89,6		100%	CUMPLE
			Incremento en el puntaje para la política de Integridad 5 puntos cada vigencia		Calificación MIPG 77,4%	Calificación MIPG 77,4%			
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%	21,64%	80%	CUMPLE
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%	25%	100%	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%	27%	12%	25%	89%	CUMPLE
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%)	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	Proyectos ejecutados en la institución	25%	25%	25%	25%	100%	CUMPLE

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		Versión: 03
	LA PLATA HUILA		Página: 6 de 12
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		

		Salud Departamental y el Ministerio de salud y protección social							
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%	0%	90%	CUMPLE
13	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Operativizar el comité de contratación y definir la periodicidad	Número de comités realizados en la vigencia / Número de comités programados	25%	25%	25%	25%	100%	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%	25%	100%	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%	100%	100%	CUMPLE
16	GESTIÓN JURIDICA	Actualización Seguimiento política de prevención del daño antijurídico	Documento Medición de la adherencia de la Política	25%	16,66%	50,00%	8,33%	99,99%	CUMPLE
17	GESTIÓN JURIDICA	Proyección del Plan Anual de prevención del daño antijurídico	Video Documento Medición de la adherencia	10%	40%	50%	0%	100%	CUMPLE
18	GESTIÓN JURIDICA	Operativizar el comité	Número de actos en la vigencia / Número de comités programados	25%	25%	25%	25%	100%	CUMPLE
19	GESTIÓN JURIDICA	Capacitación en responsabilidad médica	2 Informes al año	10%	0%	0%	90%	100%	CUMPLE
20	GESTIÓN JURIDICA	Inversión en software para llevar la información jurídica	Compra del Software	5%	25%	25%	45%	100%	CUMPLE
21	CONTRATACIÓN EAPB	Operativización del comité de contratación	Número de Comités Generados del comité de Contratación / Numero Comités Programados para la vigencia. (Periodicidad 4)	25%	25%	25%	25%	100%	CUMPLE
22	CONTRATACIÓN EAPB	Actualización de los códigos cups y cums de acuerdo a la normatividad vigentes y porcentajes de contratación con las EAPB	Número de Informes de Validación de Códigos cums / Número de Informes programados para la vigencia. (12) Informe Anual	15%	25%	30%	30%	100%	CUMPLE
23	GESTION DOCUMENTAL - ARCHIVO	Gestionar presupuesto para la implementación de tablas de retención documental, tablas de validación y cuadros de clasificación documental.	Aprobación y convalidación de las TRD	25%	10%	30%	2%	67%	CERCA AL CUMPLIMIENTO
24	GESTION DOCUMENTAL - ARCHIVO	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%	10%	20%	35%	65%	CERCA AL CUMPLIMIENTO
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%	35,00%	93%	CUMPLE

 E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA — Salud Integral. Impacto Real —	FORMATO DE INFORME		Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		Versión: 03
	LA PLATA HUILA		Página: 7 de 12
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		

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%	26,1%	86,50%	CUMPLE
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%	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%	26%	26%	76,00%	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%	20,66%	88,88%	CUMPLE
30	GESTIÓN AMBIENTAL	Gestión de cerramiento de la institución.	Metros lineales sembrados en material vegetal en cada vigencia.	10%	0%	80%	0%	90%	CUMPLE
31	GESTIÓN AMBIENTAL	Política, lineamiento y estrategias en el uso de energías renovables en la institución.	Número de colaboradores a quien se socializó 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%	17%	100%	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%	39%	100%	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%	21%	20%	91%	CUMPLE

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		Versión: 03
	LA PLATA HUILA		Página: 8 de 12
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		

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%	25%	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	25%	0%	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%	25%	100%	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%	25%	25%	100%	CUMPLE
38	ALMACÉN	Gestión de recursos para la ampliación del área de almacén	Número de M ² Ampliados en la institución	10%	0%	0%	56,5%	66,5%	CERCA AL CUMPLIMIENTO
39	ALMACÉN	Operativizar el comité de bajas de la institución	Número de actos realizadas / Numero de comités programados para la vigencia	10%	0%	65%	25%	100%	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%	30%	95,09%	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%	24,60%	24,75%	25,19%	98,94%	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%	25%	100%	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%	30%	100%	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/ pqrst relacionadas con atención insegura	25%	21%	29%	25%	100%	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%	30%	100%	CUMPLE

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		Versión: 03
	LA PLATA HUILA		Página: 9 de 12
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		

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%	21,66%	96,66%	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%	25%	100%	CUMPLE
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%	100%	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%	25%	96%	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%	22%	100%	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%	25%	100%	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%	25%	100%	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%	25%	100%	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%	25%	100%	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%	25%	100%	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%	25%	25%	100%	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%	25%	25%	100%	CUMPLE

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		Versión: 03
	LA PLATA HUILA		Página: 10 de 12
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		

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%	0%	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:



	FORMATO DE INFORME		Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		Versión: 03
	LA PLATA HUILA		Página: 11 de 12
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		

El análisis comparativo de los resultados evidencia un comportamiento favorable en la variable de cumplimiento óptimo del Plan de Desarrollo Institucional (PDI). Frente al seguimiento efectuado en el tercer trimestre, donde se registró un cumplimiento del 65% —clasificado como moderado—, se observa un incremento de 26 puntos porcentuales, lo que demuestra una mejora sustancial en la ejecución de las estrategias institucionales y una mayor articulación de las dependencias responsables.

Es importante precisar que el presente seguimiento corresponde al cierre definitivo de la vigencia; en consecuencia, el estándar de referencia para alcanzar la calificación máxima (cinco puntos), conforme al indicador número tres (03) “Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional” de la Resolución 408 del 15 de febrero de 2018, establece un nivel de cumplimiento del 90%. Bajo este parámetro, los resultados obtenidos reflejan un avance significativo respecto al trimestre anterior y evidencian un fortalecimiento progresivo en la gestión institucional.

De manera particular, los avances registrados en las estrategias orientadas al desarrollo, actualización y formalización de documentos institucionales no solo contribuyen al cierre de la vigencia 2025, sino que constituyen un soporte técnico relevante para la vigencia 2026. Estas acciones consolidan herramientas de gestión que facilitarán una ejecución más eficiente, un seguimiento más riguroso y una mejor articulación de los procesos administrativos y misionales en el próximo periodo, proyectando así un escenario favorable para el cumplimiento futuro del PDI.

Por otra parte, únicamente el 9% de las estrategias formuladas en el PDI se encuentran clasificadas en estado de alerta (semáforo amarillo y rojo), lo que en términos absolutos corresponde a cinco (5) estrategias. Si bien este porcentaje es reducido frente al total de las cincuenta y ocho (58) estrategias, estas requieren especial atención y seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno, a fin de implementar acciones correctivas oportunas que mitiguen posibles riesgos en el cumplimiento global del Plan.

No obstante, persisten retos asociados a inversiones estratégicas proyectadas para la vigencia 2026, cuya ejecución será determinante para garantizar el cumplimiento

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	Versión: 03
	LA PLATA HUILA	Página: 12 de 12
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL	

integral de las metas institucionales. La materialización oportuna de dichas inversiones permitirá consolidar los avances alcanzados y fortalecer la sostenibilidad del desempeño institucional.

En conclusión, el comportamiento del Plan de Desarrollo Institucional al cierre de la vigencia muestra una tendencia positiva y una mejora sustancial frente a mediciones anteriores; sin embargo, exige mantener el compromiso institucional, reforzar el seguimiento a las estrategias en estado de alerta y asegurar la ejecución efectiva de las acciones e inversiones previstas para la siguiente vigencia.

Diego Fernando Mompotes Noriega
Profesional Apoyo a planeación.