



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



— INFORME DE — *Gestión Gerencial*

• Vigencia 2025 •

José Antonio Muñoz Paz

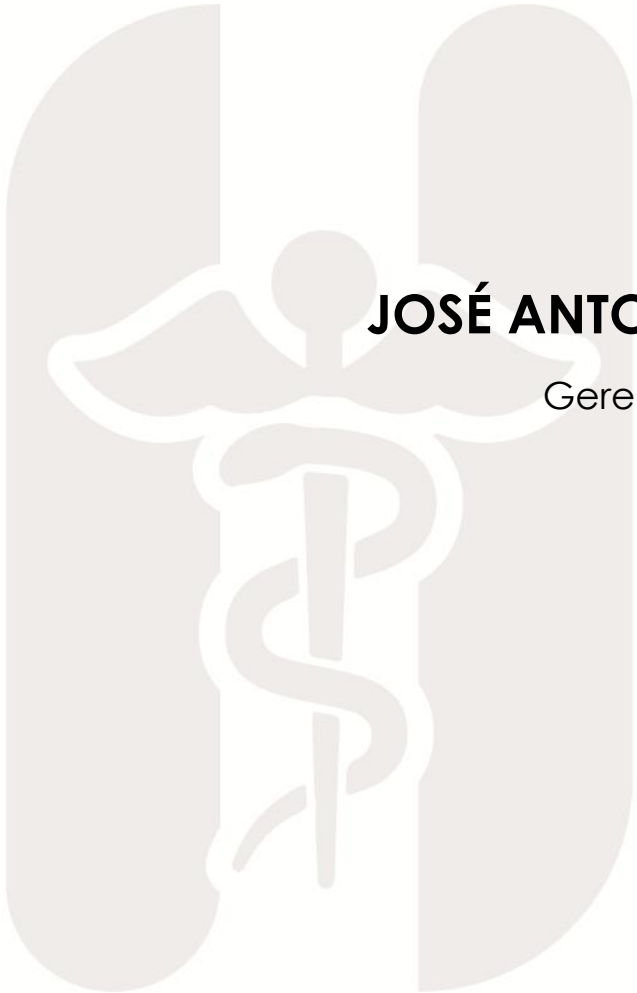
Gerente

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA
LA PLATA HUILA

Resolución 0000408 de 2018

INFORME DE GESTIÓN

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA



JOSÉ ANTONIO MUÑOZ PAZ

Gerente ESE HDSAP

Fecha: Marzo de 2026

TABLA DE CONTENIDO

ESTRATEGIA Y ANALISIS

I. INTRODUCCIÓN.....	5
II. JUSTIFICACIÓN.....	5
1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	6
2. PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERES	7
3. GESTIÓN DE PROYECTOS.....	8
5. INVERSIONES CON RECURSOS PROPIOS, MINSALUD Y GOBERNACIÓN	11
6. LOGROS INSTITUCIONALES.....	13
7. CONTRATACION EAPB.....	13

8. PROCESO DE EVALUACIÓN

8.1 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.....	
8.2 Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad (PAMEC)...	
8.3 Seguridad del Paciente.....	
8.4 Humanización.....	

GESTIÓN POR PROCESOS

9. PROCESO DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA.....	16
9.1 Área de Gestión Financiera	16
9.2 Presupuesto.....	22
9.3 Gestión de Facturación.....	27
9.4 Gestión de Cartera	31
9.5 Gestión de Mantenimiento Hospitalario.....	34
9.6 Gestión Ambiental.....	40
10. PROCESO DE GESTIÓN: CLINICA O ASISTENCIAL.....	42
Nuestra Gestión en Salud	
10.1 Urgencias.....	42

10.2 Hospitalización	43
10.3 Unidad de Cuidados Intensivos.....	43
10.4 Quirófanos	44
10.5 Consulta Externa.....	44
10.6 Apoyo diagnóstico.....	45
10.7 Referencia.....	47
10.8 Producción Académica Institucional.....	47

11. PROCESOS: TRANSVERSALES

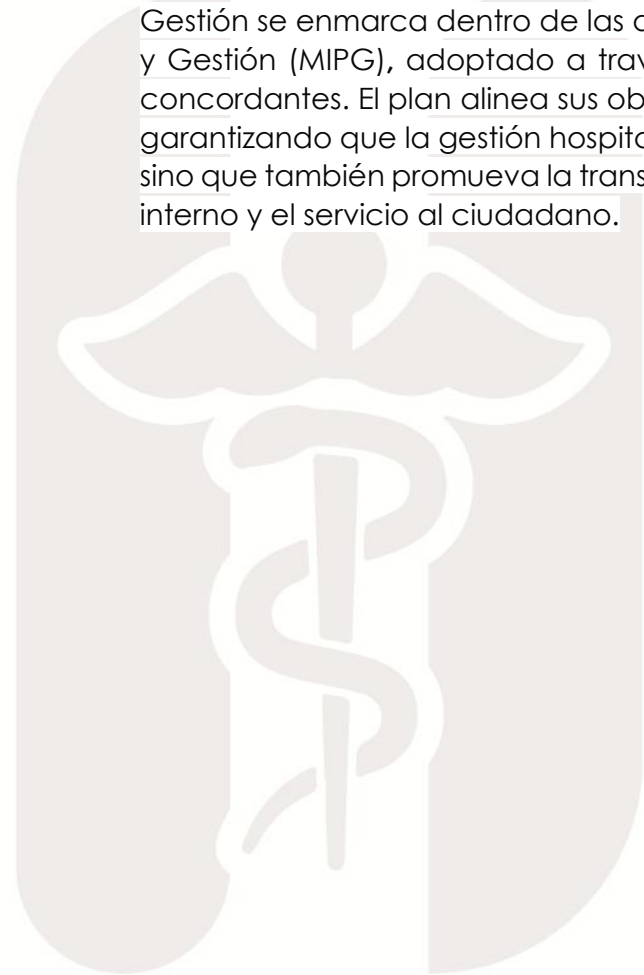
11.1 Talento humano.....	51
11.2 Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.....	52
11.3 Atención al Usuario.....	56
11.4 Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIGP.....	58



I. INTRODUCCIÓN

El presente documento constituye el Plan de Gestión de la vigencia 2025 de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, un instrumento fundamental de planificación y evaluación que orienta la administración de los recursos y procesos involucrados en la prestación de servicios de salud. Su elaboración responde al mandato legal establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, este plan define las metas de gestión y resultados para la vigencia 2025, buscando optimizar los recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos de la entidad. El objetivo primordial es garantizar una asistencia sanitaria de calidad, eficiente y con sostenibilidad financiera, centrada en la satisfacción del usuario y el mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

La Gerencia y el equipo directivo asumen el compromiso de ejecutar y monitorear rigurosamente las acciones aquí delineadas, asegurando la transparencia y la rendición de cuentas periódica sobre los resultados de la gestión, este informe de Gestión se enmarca dentro de las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), adoptado a través del Decreto 1499 de 2017 y demás normas concordantes. El plan alinea sus objetivos con las dimensiones y políticas de MIPG, garantizando que la gestión hospitalaria no solo cumpla con indicadores de salud, sino que también promueva la transparencia, la eficiencia administrativa, el control interno y el servicio al ciudadano.



II. JUSTIFICACIÓN

Con el fin de dar cumplimiento al Plan de Gestión Institucional 2024-2028" de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua, se presenta ante los Honorables Miembros de la Junta Directiva de la Entidad, a los respectivos entes de control el presente documento denominado "Informe de Gestión de la Vigencia 2025 de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua".

El siguiente informe se realizó para dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo No. 74 de la Ley 1438 de 2011, el Artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, a La Resolución No. 710 de 30 de Marzo de 2012, "Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones"; y teniendo en cuenta sus modificaciones en los Anexos Nos. 2, 3, y 4, contenidos en Las Resoluciones No. 743 de 15 de Marzo de 2013 y No. 408 de 15 de Febrero de 2018; expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El presente informe de gestión está desarrollado con base en el Plan de Desarrollo, el Plan de Gestión 2024-2028, La Plataforma Estratégica y las Políticas definidas en la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua de la Plata Huila presentado las metas logradas, avances y los resultados de la Dirección y Gerencia, Gestión Financiera - Administrativa y Gestión Clínica o asistencial vigencia 2025.

1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO



PLATAFORMA Estratégica

• 2024 - 2028 •

• MISIÓN

Somos una institución prestadora de servicios de salud de mediana complejidad comprometidos con el mejoramiento continuo, innovación tecnológica, y talento humano calificado garantizando una atención humanizada para nuestros usuarios y sus familias.

• VISIÓN

Para el año 2028 seremos reconocidos como una institución líder en resolutivez en problemáticas en salud creando un alto impacto social en la población del Departamento del Huila y Nororiente Caucaño.

• OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Promover el mejoramiento continuo de la calidad en los procesos administrativos y asistenciales.
- Gestionar eficiente y eficaz los recursos financieros mediante estrategias de autocontrol orientadas hacia la sostenibilidad y fortalecimiento financiero.
- Fortalecer la prestación de los servicios de salud identificando las necesidades y expectativas de los grupos de interés.
- Ampliar el portafolio institucional mediante la inclusión de servicios complementarios médicos y especializados buscando la integralidad y mayor resolutivez.

• PRINCIPIOS Y VALORES

Servicio Humanizado Sensibilidad para atender y responder a las necesidades de los usuarios, con calidez, amabilidad, consideración y empatía.	Respeto Se acoge siempre a la verdad, no tolera bajo ninguna circunstancia la mentira y repudia la mentira y el engaño; valorando a los demás acatando su autoridad y considerando su dignidad.
Seguridad Garantía de integridad en la ausencia de riesgo o peligro de accidente para las personas bienes y recursos.	Ética Criterio de confidencialidad y profesionalismo en la ejecución de todas las actividades que se desarrollan en la institución.
Trabajo en Equipo Aporte coordinado de un conjunto de personas para el logro de los objetivos.	Honestidad Actuación con pudor, decoro y recato, tendrá responsabilidad consigo mismo y con los demás, el compromiso con la empresa y el desarrollo de sus funciones dando ejemplo de rectitud.
Integridad Hacer lo correcto sin daño a los demás.	Lealtad Asumir el compromiso de fidelidad, respeto y rectitud actuando siempre bajo el favor de nuestra institución usuarios y sus familias.
Pensamiento Crítico Habilidad de analizar, reflexionar sobre los hechos de forma objetiva.	

• POLITICAS

1. Política institucional de farmacia y uso racional de antibióticos
2. Política uso seguro de dispositivos médicos
3. Política de gestión ambiental institucional
4. Política institucional de gestión de la tecnología biomédica
5. Política de control interno
6. Política de calidad
7. Política de comunicación
8. Política de prestación de servicios
9. Política de gestión del riesgo
10. Política de gobierno digital
11. Política de humanización
12. Política institución amiga de la mujer y de la infancia integral (IAMII)
13. Política participación ciudadana
14. Política de integridad
15. Política de racionalización de trámites
16. Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional
17. Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
18. Política de planeación institucional
19. Política de seguridad del paciente
20. Política de seguridad digital
21. Política servicio al ciudadano
22. Política de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción y lavado de activos.
23. Política de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas
24. Política de seguridad y salud en el trabajo
25. Política de talento humano
26. Política gestión del conocimiento y la innovación
27. Política de gestión documental
28. Política financiera, gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público
29. Política de prevención del daño antijurídico
30. Política de defensa judicial
31. Política de modernización de la infraestructura
32. Política de seguridad vial
33. Política de participación social en salud (PPSS)

2. PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERES



En cumplimiento de la dimensión dos (2) Direccionamiento Estratégico y Planeación enlazada con la política MIPG, la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua presenta la caracterización de los grupos de valor de la institución para la definición de planes, proyectos y programas que contribuyan al mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud que atiendan las necesidades de la población del Suroccidente del Huila y Nororiente Caucano.

El 04 de Abril, con la participación ciudadana, entes de control, funcionarios del sector salud y colaboradores de la institución, respaldaron la audiencia pública de rendición de cuentas, donde se presentaron los resultados en la gestión de la institución y retos que se vienen consolidando en cada uno de los proyectos que buscan mejorar la atención en salud en el Occidente del Huila y Nororiente Caucano, evidenciando una institución sólida, en crecimiento y con una ruta clara hacia la excelencia en el servicio.



La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua en el mes de Septiembre realizo la reunión de representantes de usuarios del Occidente del Huila, un espacio de dialogo y participación en el que el Gerente Dr. José Antonio Muñoz Paz compartió los avances de la institución y escuchó las inquietudes de los representantes de usuarios de los diferentes municipios de la zona de influencia.



El día 01 de Octubre de 2025, el gerente: Dr. José Antonio Muñoz Paz, lideró junto al equipo de trabajo un encuentro regional en pro de la salud del occidente del Huila, contando con la participación de Alcaldes, Gerentes y Secretarios de salud de los municipios del área de influencia: La Plata, La Argentina, Paicol, Tesalia, Nátaga e Iquira, en la cual se realizó la socialización del portafolio de servicios y los canales de acceso y comunicación físicos y digitales de la Institución con miras de continuar trabajando de la mano con toda la institucionalidad para mejorar los servicios de salud de la comunidad, como estrategia se implementará un plan padrino en el cual cada municipio contará con el apoyo y colaboración de un funcionario de la ESE para los procesos requeridos.



Para el mes de Noviembre, se realizó reunión con los representantes de la Asociación de usuarios zona de influencia con representantes comunidad indígena del Cauca – AIC.

En la jornada participaron las dependencias del Sistema de Atención e Información al Usuario (SIAU), el área de Contratación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y la Asesoría Administrativa. Asimismo, se contó con el acompañamiento de nuestra guía bilingüe, hablante de la lengua Nasa Yuwe, cuya participación fue fundamental para facilitar un intercambio más claro, respetuoso y culturalmente pertinente, fortaleciendo la comunicación intercultural y la comprensión mutua durante el desarrollo del espacio de diálogo.



3. GESTIÓN DE PROYECTOS

Durante la vigencia 2025 la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, consolidó avances significativos en la estructuración, gestión y financiación de proyectos estratégicos orientados al fortalecimiento de la infraestructura física, la capacidad instalada y la calidad de la atención en salud. El enfoque institucional sigue centrado en un modelo salud integral impacto real, que responda a las necesidades de la población de la zona del occidente del departamento y nororiente Caucaño.

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, en cumplimiento a lo normado en las Resolución 2514 de 29 de Agosto de 2012 (Expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social), actualizando los registros en el aplicativo vía web del Ministerio de Salud y Protección Social, los Proyectos de Inversión en Infraestructura y Dotación de Equipos Médicos contemplados en el Plan de gestión Institucional y aquellos que fueron concertados posteriormente con la gerencia y la Gobernación del Huila, en cumplimiento del Plan de Desarrollo Departamental por un "Huila Grande".

En el periodo se presentaron dos (2) nuevas iniciativas ante el Plan Bienal 2024 – 2025 ajuste 4, respondiendo a las necesidades priorizadas y alineadas con la política de fortalecimiento de la red pública hospitalaria. Estas iniciativas se encuentran en proceso de evaluación normativa y técnica por parte de la secretaria de salud departamental y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)

PROYECTOS DE INVERSIÓN PRIORIZADOS

- ✓ Proyecto: **"Construcción de la nueva Área de Hospitalización en la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua"**

Fases:

1. El proyecto obtuvo financiación mediante el CONPES 4169, de fecha 30 -10 – 2025, lo que garantiza los recursos para su implementación y ejecución.
2. Este logro representa un hito estratégico para la ESE HDSAP, dado que permitirá ampliar la capacidad instalada y de atención, mejorando la seguridad del paciente y modernizar las condiciones de infraestructura física Hospitalaria en la E.S.E.
3. Se avanzó en la fase preliminar de alistamiento técnico y administrativo de fuentes de financiación en el MSPS. Se obtuvo la asignación de compromisos de financiación del proyecto en mención mediante la Resolución 2733 del 29 de diciembre 2025. proyecto con fuente de financiación nacional MSPS.

- ✓ Proyecto : **“Construcción de la Unidad de Salud Mental con Internación en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de la Plata, Huila”**

Fases:

1. El proyecto fue radicado ante el MSPS para la concertación de la capacidad propuesta subdirección de prestación de servicios .
2. El Ministerio de salud y protección social aprobó la capacidad instalada planteada por la ESE HDSAP.
3. Se avanza en el último trimestre en el desarrollo de la arquitectura y el presupuesto del proyecto bajo modalidad llave en mano, garantizando eficiencia en tiempos y estandarización técnica.
4. Mesas técnicas con la subdirección de infraestructura hospitalaria del MSPS.
5. Estudio de mercado del sector
6. En el mes de diciembre se aprobó la arquitectura del proyecto, se aprobó el presupuesto final por la suma de Doce mil trescientos millones de pesos \$ 12.300.000.000 bajo Resolución 2770 de 2025, y se procedió a la radicación del proyecto según los requisitos mínimos normativos.

- ✓ Proyecto: **“Ampliación de las Áreas de Laboratorio Clínico y Urgencias para la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua del Departamento del Huila”**

Fases:

1. Se cambia fuente de financiación y se radica en el MSPS, se encuentra en revisión técnica de ingenierías por parte del MSPS.
2. El proyecto está pendiente del concepto técnico final, requisito previo para su aprobación y trámite de financiación.
3. Este fortalecimiento permitirá optimizar la oportunidad diagnóstica y mejorar los flujos de atención, especialmente en eventos de alta demanda.
4. Se realizaron en el nuevas observaciones técnicas a los componentes de ingenierías y especialidades en los meses de noviembre y diciembre 2025 por parte de la subdirección de infraestructura del MSPS, se dan las respuestas a las observaciones y se continúa en revisión técnica

- ✓ "Proyecto: "Dotación Equipos Biomédicos para la Atención del Servicio de Urología en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del Departamento del Huila

Fases:

1. Se encuentra en etapa de revisión técnica en secretaria de salud para su inclusión y posterior gestión de recursos.
2. Dotación de equipos biomédicos a adquirir será para el servicio: de Urología atención en procedimientos quirúrgicos y diagnósticos de la Especialidad.
3. El proyecto busca dotar la infraestructura tecnológica propia del servicio de Urología para cumplir con los estándares de habilitación, seguridad del Paciente y normativas vigentes en el sector salud.
4. Reducir los tiempos de espera para consultas, procedimientos y cirugías Urológicas mediante el aumento de la disponibilidad recurso humano y Operativa de equipos médicos esenciales.
5. Incrementar la capacidad resolutive del hospital en el área de urología, Disminuyendo las remisiones a otras instituciones por falta de recursos Técnicos o tecnológicos.
6. Se ajusto la matriz de equipos del proyecto en el cuarto trimestre por parte de ingeniería biomédica de la E.S.E

GESTIÓN INICIATIVAS NUEVAS INCLUIDAS EN PLAN BIENAL AJUSTE 4 2024 – 2025

Con orgullo presentamos dos nuevas iniciativas en el Plan Bienal 2024 – 2025, reflejo del compromiso y gestión institucional por anticiparnos a las necesidades de salud de la comunidad en general.

No.	SEDE	NOMBRE DEL PROYECTO	TIPO	INFRAESTRUCTURA	ESTADO
1	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	"Construcción de la Unidad de salud Mental con Internación en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de la Plata, Huila"	Obra nueva tipología Llave en mano	1.799,87 M ²	La Unidad de Salud Mental con Internación , CUENTA con la aprobación de la capacidad instalada, aprobación prepuesto final MSPS. Pendiente presentación y justificación de la iniciativa ante el concejo territorial de salud Recursos : PGN

2	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	"Dotación equipos Biomédicos para la Atención del servicio de urología en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de la Plata Huila"	Dotación	N/A	Proyecto radicada No 41547 en la Secretaría de Salud Departamental para revisión y concepto técnico de prestación de servicios y pertinencia. Se ajusto matriz equipos del proyecto por parte de ingeniería biomédica de la ESE HDSAP. Pendiente presentación y justificación de la iniciativa ante el concejo territorial de salud. Recursos cofinanciación: Recursos propios de la Gobernación Huila, 90% y 10 % recursos propios ESE HDSAP
---	--	---	----------	-----	---

PROYECCIONES A CORTO Y MEDIANO PLAZO EN EL PLAN MAESTRO

PLAN OPERATIVO ANUAL 2025

No.	SEDE	NOMBRE DEL PROYECTO	ESTADO
1	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	Construcción de Nueva Área de Hospitalización en la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua del Departamento del Huila \$ 13.973.508.506	Fase III- CONCEPTO TECNICO FINAL MSPS, Favorable Pendiente desembolso MSPS Res. 2733 Diciembre 29 de 2025
2	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	Construcción de la Unidad de Salud Mental Con Internación en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de la Plata Huila \$ 12.300.000.000	Proyecto llave en mano. Radicado al MSPS en el mes de Agosto. Presentado al MSPS con radicado No 2025423002999122, ID control 1144568 al MSPS En el mes de diciembre se aprobó la arquitectura del proyecto, se aprobó el presupuesto final por la suma de Doce mil trescientos millones de pesos \$ 12.300.000.000 bajo Resolución 2770 de 2025, y se procedió a la radicación del proyecto según los de requisitos mínimos normativos.

3	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	Ampliación de las Áreas de Laboratorio Clínico y Urgencias para la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua del Departamento del Huila \$ 5.800.000.000	Fase III- Rd MSPS No 2025423002005332 ID DE CONTROL 1113361 • Concepto técnico de red de prestación de servicios MSPS FECHA 17-07-55 • REVISION INGENIERIA Y PRESUPUESTO INDEXADO 2025 • PRESENTACION PRESUEPSTO INDEXADO A 2025 , POR EL DISEÑADOR AL MSPS CON ID DE CONTROL 908023 (AGOSTO 12) PENDIENTE CONCEPTO DE INGENIERIAS – MSPS
4	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	Dotación Equipos Biomédicos para la Atención del Servicio de Urología en la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua del Departamento del Huila	Proyecto: radicado No 41547, en el mes de septiembre 2025, en la secretaria de salud departamental Huila, para concepto de red de prestación de servicios. Fuente de financiación recursos propios del departamento Huila 90% y 10 recursos propios ESE
5	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	Reposición y dotación de equipos biomédicos e instrumental quirúrgico y renovación tecnológica en la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua del Departamento del Huila	PROYECTO EN ESTRUCTURACION MATRIZ , Ingeniería biomédica ESE HDSAP. INCLUSION DE NUEVOS EQUIPOS solicitud gerencia 2 Solicitud ACTUALIZACION estudio precios de mercado 2025 por solicitud. Fuente de financiación PGN – MSPS
6	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	Construcción del Espacio Temporal de Cadáveres en la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua del Departamento del Huila \$ 423.656.195	Fase II. Pendiente diseños y presupuesto Inscrito en plan bienal

GESTION PROYECTOS FUERA DE PLAN BIENAL

No.	SEDE	NOMBRE DEL PROYECTO	ESTADO
1	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	Adquisición Reposición y fortalecimiento del servicio de Transporte Asistencial Medicalizado para la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata, Huila \$ 430.112.634,5	Proyecto presentado al MSPS, con Rad: 202442301450812. Fuente de financiación: PGN – MSPS Proyecto aprobado: 1 vehículo tipo ambulancia TAM. Mediante resolución No 1542/2024 MSPS. Transferencia de recursos res /1542 marzo 2025. Proyecto: presentado al banco de proyectos del departamento para código BPIN, solicitud del CONFIS Proyecto : a adicción a CONFIS de los recursos MSPS. Para seguir tramite en contratación ESE HDSAP compra de vehículo TAM. EJECUTADO
2	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	Adquisición Reposición y fortalecimiento del servicio de Transporte Asistencial Medicalizado para la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata, Huila \$ 430.112.635	Resolución: 002635 Diciembre 18 de 2025, Financiado MSPS Código BPIN: 202500000023893 Recursos incorporados al presupuesto vigencia 2026 para compra. EN PROCESO
3	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	Adquisición e innovación tecnología de equipos biomédicos para cirugía mínimamente invasiva, y equipo industrial de uso Hospitalario en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua \$ 1.341.725.000	Proyecto presentado y aprobado por secretaria de salud departamental. Fuente de financiación : recursos propios del departamento 90% Recursos propios ESE HDSAP 10% Proyecto: ejecutado. 100% , acta ingreso almacén ESE HDSAP 2025 EJECUTADO

4. INVERSIONES CON RECURSOS PROPIOS, MINSALUD Y GOBERNACIÓN

✓ Recursos Propios Aproximados a \$ 1.305.283.801



AUTOCLAVE A VAPOR



4 CAMILLAS NUEVAS AL
SERVICIO DE SALAS DE CIRUGÍA



ARCO EN C AL SERVICIO DE
SALAS DE CIRUGÍA



54 CAMARAS DE SEGURIDAD



RENOVACIÓN TECNOLÓGICA



MATERIAL QUIRÚRGICO PARA EL
ÁREA DE CIRUGÍA

✓ Recursos MINSALUD \$ 430.112.634,5



VEHICULO
AMBULANCIA TIPO
TAM



LARINGOSCOPIO



SUCCIONADOR



BOMBAS DE INFUSIÓN



MONITOR DE SIGNOS
VITALES



DEFIBRILADOR



VENTILADOR



EQUIPO DE ÓRGANOS



FONENDOSCOPIO

✓ **Recursos Gobernación \$ 1.341.725.000**



ELECTROBISTURI



TORRE DE LAPAROSCOPIA



ESTERILIZADOR DE BAJA
TEMPERATURA

6. LOGROS INSTITUCIONALES



Un Hito en
nuestra Historia:
Primera Cirugía
de
Laparoscopia



Avance en el
Índice de
Desempeño
Institucional al
pasar de 66
puntos a 82,9
puntos con un
incremento de
16.9 Puntos



Miembro Activo
en la Red
Global de
Hospitales
Verdes y
Saludables



Visita Ministro
de Salud y
Protección
Social,
Dr. Guillermo
Alfaro Sarmiento



Asignación
recursos por el
MINSALUD
proyectos de
Hospitalización
y Salud Mental



7. CONTRATACION EAPB

INFORMACIÓN CONTRACTUAL 2025				
ENTIDAD		CONTRATO	VIGENCIA	STATUS
	SANITAS EPS	IBOGCU2993	01/04/2023 a 31/03/2025	NEGOCIACION
	ESE LUIS ANTONIO MOJICA	015 - 2025	01/01/2025 a 30/06/2025	N/A
	NUEVA EPS	NO	NO	ENVIO POLIZA INICIO PROCESO CONTRACTUAL
	ASMET SALUD	OTROSI No.3	31/31/2025	ESPERA FIRMA POR PARTE DE LA EPS
	AIC EPS - I	EN PROCESO	EN PROCESO	ANALISIS ANEXO No.6
	MALLAMAS EPS - I	EN PROCESO	EN PROCESO	ANALISIS MINUTA
	FOMAG/FIDUPREVISORA	EN PROCESO	EN PROCESO	EN ESERA RESULTADOS CONVOCATORIA PARA INICIAR PROCESO CONTRACTUAL
	POLICIA NACIONAL	CONTRATO No. 85-5-20007-25	Hasta 11/06/2025 [4 MESES]	N/A

	SALUD TOTAL	EN PROCESO	EN PROCESO	NEGOCIACION TARIFAS
	EJERCITO NACIONAL	183 - DISAN - EJC/CENAC REGIONAL NEIVA - 2024	Hasta el 30/09/2025 (o hasta agotar recursos)	N/A
	COOSALUD	423960C00061666 -25 y 423960S00061667 -25	31/03/2026	N/A
	COLMEDICA	NO	NO	PROCESO DE NEGOCIACION
	AXXA COLPATRIA	NO	NO	PROCESO DE NEGOCIACION
	SEGURO MUNDIAL	NO	NO	EN PROCESO NEGOCIACION
	ARL SURA COLOMBIA	NO	NO	PROCESO DE NEGOCIACION
	COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA ARL	NO	NO	EN ESPERA FIRMA MINUTA
	POSITIVA	No. 0911 de 2021	27 DE DICIEMBRE 2026	NEGOCIACIÓN TARIFAS 2025

8. PROCESO DE EVALUACIÓN

8.1 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

La gestión de calidad hospitalaria es un conjunto de procesos y herramientas que busca asegurar que la atención médica sea segura, efectiva, oportuna y centrada en el paciente, mejorando la eficiencia operativa y los resultados de salud. Implica la implementación de sistemas para la mejora continua, la optimización de recursos, la seguridad del paciente incluyendo la prevención de infecciones y errores y la satisfacción de usuarios y familias.

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata-Huila, cumpliendo con la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud ha plasmado su compromiso con cada uno de los componentes buscando generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios y con esto propender por proteger la vida y garantizar la salud de la población del Sur occidente del Departamento de Huila y Nororiente Caucano.

Dirección y Gerencia 20%

Indicador No. 1

Indicador No. 1	MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR		
Formula	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada /	1.6	1.23
	Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	1.3	
Estándar Exigido	≥ 1.20		
Resultado	Obteniendo un resultado de la comparación de 1.23 y dando la Calificación de Cinco (5)		
Responsable	Asesor de Calidad		

Código:	PROCESO:		
Tipo de documento:	AUTOEVALUACION CUANTITATIVA ESTANDARES ACREDITACION VIGENCIA 2025	Proceso o Comité:	GARANTIA DE LA CALIDAD
Fecha de Elaboración:	05/03/2026		
Fecha de Seguimiento:		Líder de Proceso y Colaboradores:	BLANA NUBIA RODRIGUEZ SAENZ
Versión:			
GRUPOS DE ESTANDARES	CALIFICACION CUANTITATIVA		
ASISTENCIALES	1.4		

DIRECCIONAMIENTO	1.6
GERENCIA	1.8
TALENTO HUMANO	1.8
AMBIENTE FISICO	1.7
GESTION DE LA TECNOLOGIA	1.5
GERENCIA DE LA INFORMACION	1.5
MEJORAMIENTO	1.5
SUMATORIA	12.8
PROMEDIO	1.6

✓ Pilares Fundamentales

Enfoque al paciente: Asegurar que los servicios satisfagan o superen las expectativas y necesidades del paciente.

Seguridad del paciente: Prevenir y reducir los daños y eventos adversos causados por el propio proceso de atención médica.

Mejora continua: Implementar estrategias para identificar oportunidades de mejora e innovar constantemente en los procesos asistenciales y administrativos.

Gestión basada en procesos: Planificar, organizar, dirigir y controlar todos los recursos y actividades para garantizar una atención eficaz.

Implicación del personal: Fomentar la colaboración interdisciplinaria y la participación de los empleados en los objetivos de calidad.

Mejora de la imagen y reputación: Aumenta la confianza de los pacientes y potencia la imagen de marca del hospital.

✓ Actividades ejecutadas

Así se vivió la ruta de la calidad, actividad realizada en conmemoración del día mundial de calidad, donde nuestras áreas administrativas se sumaron para dar a conocer sus procesos, acciones y avances orientados al mejoramiento continuo, este espacio permitió que el personal asistencial conociera más de cerca la gestión administrativa que respalda la atención segura y humanizada que brindamos cada día.



8.2 Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad (PAMEC)

El programa de auditoría para el mejoramiento continuo es un mecanismo sistemático y continuo de evaluación, por lo cual se realiza la verificación de las acciones de mejora formuladas para la vigencia 2025 a los grupos de estándares de acreditación en salud, haciendo énfasis al aprendizaje organizacional del cierre de PAMEC 2025, y a la vez el informe de gestión vigencia 2025.

Para la vigencia 2025, se priorizaron 18 estándares los cuales cada uno tiene la oportunidad de mejora, cada estándar tiene aplicado el ciclo PHVA y esto nos arroja cuatro acciones por estándar, al multiplicar los 18 estándares por las 4 acciones nos arroja un total de 72 acciones que se deben de ejecutar para dar cumplimiento al mejoramiento del estándar priorizado durante la vigencia 2025.

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, en la implementación del PAMEC (Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad) busca evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud, por medio del mecanismo de autodiagnóstico que permite identificar oportunidades de mejora, basándonos en la resolución 5095 del 2018, se ha brindado cumplimiento a la metodología con el objetivo de que todo el proceso a desarrollar cumpla con los criterios y estándares de calidad, lo anterior expuesto se resume en un cuadro como queda el cumplimiento en relación a las acciones ejecutadas y la calificación final.

La ruta crítica del PAMEC se elabora con el objetivo de tener claridad frente a cada paso que se debe de realizar de manera se cuente y organizada, para ello se da inicio con la identificación, selección y priorización de procesos críticos.

En la siguiente etapa se desarrolla la medición y análisis del desempeño, a través de indicadores de estructura, proceso y resultado, así como el análisis de causas que permitan identificar los factores que inciden en las no conformidades o desviaciones encontradas.

Finalmente, la ruta crítica del PAMEC incorpora el seguimiento, evaluación y retroalimentación, con el fin de verificar la efectividad de las acciones implementadas, asegurar la sostenibilidad de las mejoras alcanzadas y fortalecer el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad, garantizando una atención en salud segura, oportuna, pertinente y centrada en el usuario, para ello se aplica el ciclo PHVA.

Indicador No. 2

Indicador No. 2	EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.		
Formula	Relación del Número de Acciones de mejora ejecutadas derivadas de la auditorías realizadas	66	92%
	Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente en auditoria registrados en el PAMEC	72	
Estándar Exigido	≥ 0.90		
Resultado	El resultado de la comparación es de 92% , lo que arroja una Calificación Cinco (5) para la vigencia evaluada.		
Fuente de Información	Superintendencia Nacional de Salud (Soportes de Envío)		
Responsable	Asesor de Calidad		

8.3 Seguridad del Paciente

✓ Día Mundial del Lavado de Manos

Un gesto sencillo como lavarte las manos puede salvar vidas, el jabón y agua son tus mejores aliados para prevenir enfermedades como la diarrea, la influenza y las infecciones respiratorias.



✓ Día Mundial de la Higiene de Manos

Desde el área de seguridad del paciente recorrimos los diferentes servicios del Hospital, promoviendo buenas prácticas con actividad de sensibilización.



8.4 Humanización

✓ Día Internacional de las Personas Cuidadoras

Labor invaluable de todas las personas, profesionales y familiares que dedican su tiempo, energía y su amor al bienestar de otros.



✓ Día del Niño “Caritas Felices”



En el hospital Departamental San Antonio de Padua, celebramos el día de Niño, una jornada llena de entusiasmo y creatividad, en la que además se socializo y capacito sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes, recordando la importancia de proteger y promover su bienestar.

✓ Semana de la Humanización

En el marco de la semana de Humanización entregamos a nuestros colaboradores la “Vita Amor” unas vitaminas simbólicas que fortalecen el espíritu con amor, respeto, empatía, paciencia, solidaridad y alegría.



✓ **Día del Adulto Mayor**

Con serenata y detalles y mucho cariño, compartimos un espacio de alegría y reconocimiento para quienes con ejemplo de vida y sabiduría.



✓ **Con fe y devoción celebramos a nuestro patrono San Antonio de Padua**

Compartimos algunos momentos de la sagrada eucaristía en honor a San Antonio de Padua, patrono de nuestro Hospital, ejemplo de entrega, humildad y amor al prójimo.



Indicador No. 3

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.

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 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:

Indicador No. 3	GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		
Formula	Numero de Metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación /	53	91.38%
	Numero de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	58	
Estándar Exigido	≥ 0.90		
Resultado	El resultado de la comparación es de 91.38 % , lo que arroja una Calificación Cinco (5) para la vigencia evaluada.		
Fuente de Información	Informe archivo Excel del listado de las metas del POA aprobadas y el estado de cumplimiento con su indicador		
Responsable	Asesor de Planeación		

GESTIÓN POR PROCESOS

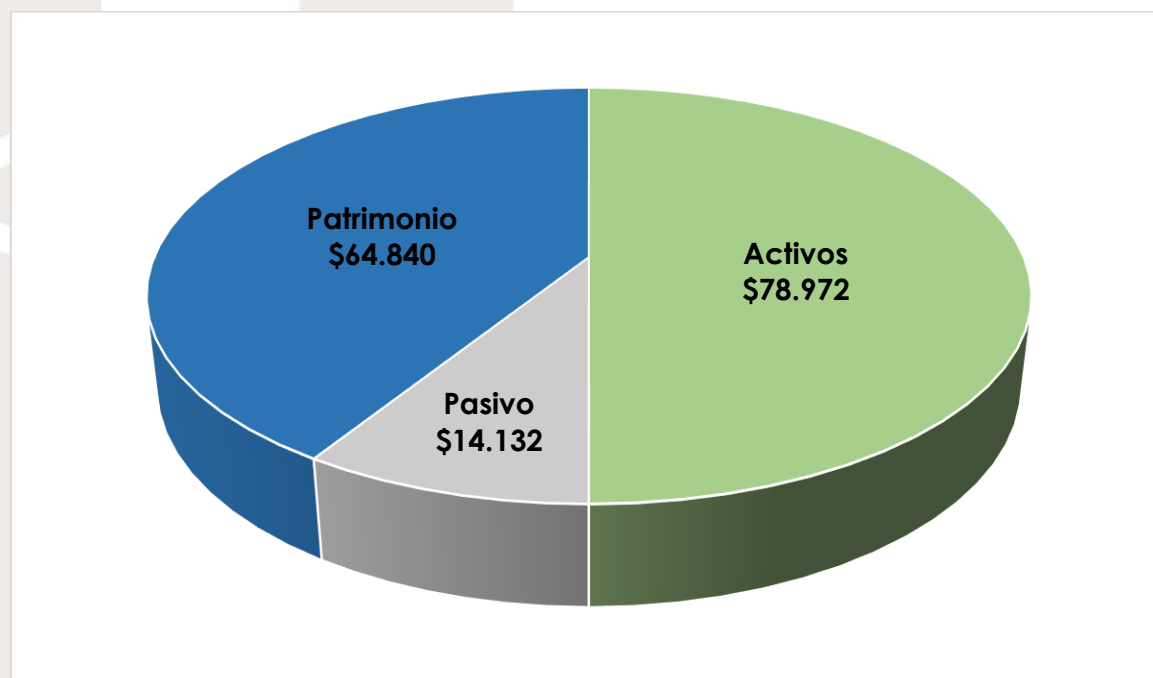
9. PROCESO DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

9.1 ESTADO DE LA SITUACION FINANCIERA

CONCEPTO	Valor	%
ACTIVOS	78.972	100,00
PASIVOS	14.132	17,89
PATRIMONIO	64.840	82,11

Este documento presenta un análisis de la estructura financiera de la ESE San Antonio de Padua, enfocándose en cómo se han financiado sus operaciones, proyectos y actividades. Se destaca que los activos de la entidad están respaldados en un 17.89% por terceros y en un 82.11% por su patrimonio. Además, se incluye un comparativo y variaciones del estado de la situación financiera entre las vigencias 2025 y 2024, con cifras expresadas en millones.

Composición de la Situación Financiera a Diciembre 2025



FUENTE: Módulo Dinámica Gerencial Estados Financieros ESE HDSAP – Elaboración Propia Gestión Financiera

La ESE San Antonio de Padua ha logrado mantener una sólida estructura financiera, donde la mayor parte de sus activos proviene de su propio patrimonio. Este respaldo patrimonial es un indicador positivo de la estabilidad y sostenibilidad de la entidad, permitiendo una mayor autonomía en la gestión de sus recursos. Mostrando dentro de su composición que sus activos representan el 50%, sus pasivos el 9% y su patrimonio el 41% del total de esta composición.

Esta distribución nos muestra que la ESE San Antonio de Padua tiene una baja dependencia de financiamiento externa, lo que puede ser beneficioso en términos de costos financieros y flexibilidad operativa.

ESTADO DE LA SITUACION FINANCIERA COMPARATIVO VIGENCIAS 2025 Y 2024

VIGENCIAS (Cifras en Millones)

Concepto	Año 2025	Año 2024	Variacion Relativa	Variacion %
ACTIVO	78.972	61.419	17.553	28,58
Activo Corriente	40.878	28.530	12.348	43,28
Activo No Corriente	38.094	32.889	5.205	15,83
PASIVO	14.132	7.168	6.964	97,15
Pasivo Corriente	12.851	5.259	7.592	144,36
Pasivo No Corriente	1.281	1.909	-628	-32,90
PATRIMONIO	64.840	54.251	10.589	19,52

FUENTE: Estados Financieros Diciembre 2025 – Elaboración Propia Gestión Financiera

El análisis de la estructura financiera de la ESE San Antonio de Padua revela una entidad con una sólida base patrimonial y una baja dependencia de financiamiento externo. Las variaciones en el estado de la situación financiera entre 2025 y 2024 proporcionan una visión clara de la evolución de sus operaciones y la gestión de sus recursos. Este enfoque en la sostenibilidad financiera es crucial para el desarrollo continuo de la ESE y su capacidad para cumplir con sus objetivos y proyectos futuros.

El comportamiento de la estructura financiera de la ESE San Antonio de Padua contribuye a factores como:

- Base patrimonial Solida
- Evolución de las Operaciones
- Baja dependencia de Financiamiento Externo
- Gestión de Recursos
- Sostenibilidad Financiera

Análisis de los Componentes de la Situación Financiera:

El Estado de la Situación Financiera tiene como finalidad mostrar la administración y generación de recursos, derechos u obligaciones contraídas para función de la actividad operacional de la Entidad. La composición de este estado financiero con corte a Diciembre 31 de 2025, está compuesto por tres elementos donde el componente más representativo es el ACTIVO, ya que es donde se reclasifica todos los derechos y bienes de la Entidad con una participación del 50%, seguidamente del PATRIMONIO que representa un 41% y unos PASIVOS que equivalen al 9% del total de la composición del Estado de la Situación Financiera.

Sus variaciones en el activo, pasivo y patrimonio presentaron un incremento respecto al año inmediatamente anterior así:

Activos:

Son recursos controlados generados de sucesos pasados y que a futuro pueden convertirse en dinero u otro medio líquido para la Entidad.

A diciembre de 2025, los activos presentaron un incremento del **28.58%** respecto a los activos de 2024. Este aumento se debe principalmente a:

- **Incremento de Activos Corrientes:** Atribuido al aumento en la facturación durante el año.
- **Incremento de Activo No Corriente:** Relacionado con la cartera de entidades liquidadas y en proceso de liquidación, clasificadas como cartera de difícil recaudo; y al incumplimiento de acuerdos de pago con las entidades a las cuales se les factura más.

Pasivos:

Son obligaciones exigibles al ente público, derivadas de hechos pasados, y adquiridas en desarrollo de su actividad financiera, económica y social, que deben ser pagadas o reembolsadas en el futuro, mediante la transferencia de recursos, bienes o servicios.

Los pasivos corrientes presentaron un incremento de más del 100% respecto al año anterior, especialmente en las cuentas por pagar a proveedores y contratistas con un incremento de más del 100%, al igual en las cuentas por pagar a terceros (concesiones). El hecho de que este aumento se concentre en proveedores, contratistas y concesiones indica que el hospital está financiando su operación diaria a través de la deuda,

Esta variación se atribuye al bajo recaudo de cartera durante la vigencia, que a pesar de las gestiones administrativas de cobro las EPS no dieron cumplimiento a los acuerdos de pago; generando un efecto de dominio: "el hospital presta el servicio, incurre en el costo, pero no recibe el efectivo, obligándolo a "quedarle debiendo" a quienes suministran los insumos y servicios"

Al igual la ESE tuvo que dar cumplimiento con las cláusulas contractuales de las concesiones (servicios de tac y cardiología) con pagos antes de 60 días una vez se prestó el servicio con un manejo netamente de caja, ya que estos pagos no se incluyeron en la ejecución de gastos. La ESE queda en desproporción cuando cumple con la gestión de la apertura de estos nuevos servicios para mejorar la calidad y oportunidad de los servicios de salud a todos los usuarios, pero mientras las EPS no pagan a tiempo, el hospital está obligado por contrato a pagar a las concesiones (TAC y Cardiología) en menos de 60 días.

A pesar del volumen de la deuda, la administración logró gestiones importantes, como:

- No existen cuentas mayores a 360 días. Esto es vital para evitar procesos jurídicos, embargos y el pago de intereses moratorios.
- Se dio prioridad al pago del Talento Humano: El cumplimiento del 100% con empleados de planta y el 80% con contratistas demuestra una política de protección al trabajador, lo cual garantiza la continuidad de la prestación del servicio y disminuye el riesgo de deserción de personal especializado asistencial y la desmejora en la atención a los usuarios.

Patrimonio:

El patrimonio se incrementó en un **19.52%** respecto al patrimonio de 2024. Este crecimiento se ha visto impulsado por:

- **Resultados de Operaciones:** Principalmente por el aumento en la facturación.
- **Gestión de Cobro:** aunque no fue lo esperado, la administración supo administrar los recursos priorizando el talento humano y proveedores de insumos.
- **Control del Gasto Público:** Que ha permitido mantener un equilibrio financiero saludable.

El análisis del Estado de la Situación Financiera a diciembre 31 de 2025 revela un panorama positivo para la Entidad, con un crecimiento significativo en activos y patrimonio, y una administración eficiente de los pasivos. La tendencia de

fortalecimiento del patrimonio y la capacidad de cumplir con las obligaciones financieras son indicativos de una administración sólida y responsable.

ESTADO DE RESULTADO INTEGRAL

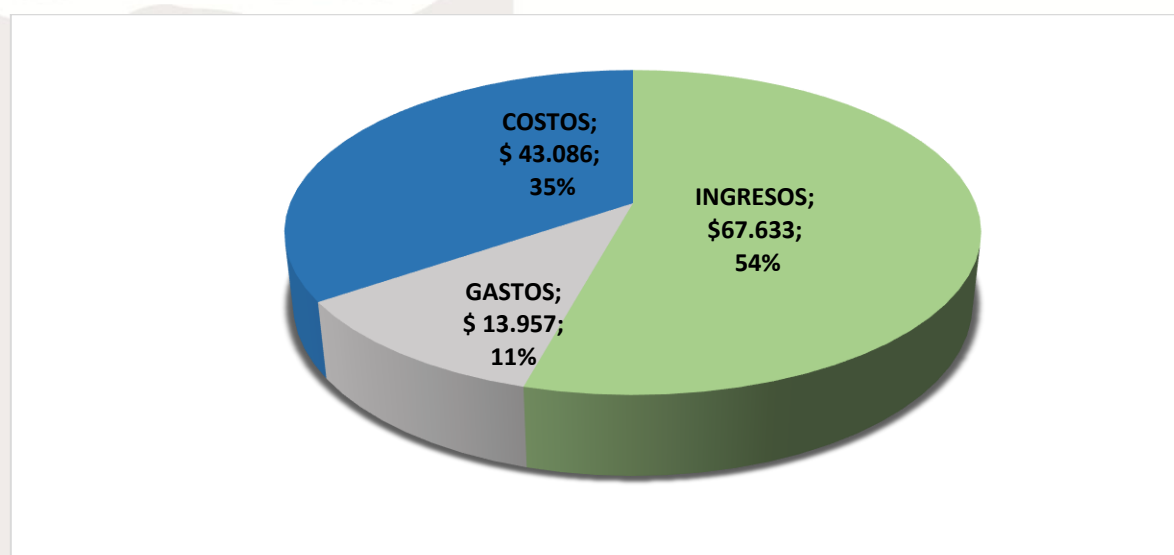
Variación del Estado de Resultados Vigencia 2025 y 2024 (Cifras en Millones)

DETALLE	AÑO 2025	AÑO 2024	Var. Absoluto	Vr. %
INGRESOS	67.633	60.085	7.548	12,56
Venta de S. Salud	65.424	58.038	7.386	12,73
Ingresos por Transferencias	1.610	1.611	-1	-0,06
Otros Ingresos	599	436	163	37,39
COSTOS DE VENTA	43.086	38.088	4.998	13,12
GASTOS	13.957	15.220	-1.263	-8,30
Gastos de Admon y Operación	12.952	14.468	-1.516	-10,48
Otros Gastos	1.005	752	253	33,64
RESULTADO DEL EJERCICIO	10.590	6.777	3.813	56,26

FUENTE: Estados Financieros ESE HDSAP 2025

El análisis detallado del estado de resultado integral de la ESE San Antonio de Padua, como institución prestadora de servicios de Salud de II nivel y algunos de III nivel, abarca los ingresos, gastos y costos asociados a su operación durante el año 2025. Se observa un crecimiento significativo en los ingresos por venta de servicios de salud, así como un aumento en los gastos y costos, lo que refleja la dinámica económica de la institución y su impacto en la región.

Composición Estado de Resultados 2025



FUENTE: Módulo Dinámica Gerencial Estados Financieros ESE HDSAP

La estructura financiera del Hospital es saludable y eficiente, y así lo demuestra el estado de Resultado Integral, ya que destina la mayor parte de sus recursos 35% a la atención directa y mantiene un control estricto sobre el gasto administrativo 11%, lo que resulta en un margen de excedente del 8%. Esta eficiencia operativa es lo que permite que el patrimonio se fortalezca, incluso frente al incremento de pasivos por la falta de pagos oportunos de las EPS.

Ingresos:

Son beneficios económicos producidos durante la vigencia por concepto de venta de servicios de salud.

El total de ingresos reconocidos durante la vigencia 2025 presentaron un incremento del 12.56% respecto a los ingresos del 2024; donde se evidencia que los ingresos por venta de servicios de salud representan el 96.73% , las subvenciones representan un 2.38% y otros ingresos no operacionales un 0.89% del total de ingresos.

La composición de ingresos revela una estructura de ingresos concentrada, donde el 96.73% depende de la facturación de servicios de salud. Esto posiciona al hospital como una entidad con alta autonomía financiera, pero lo deja extremadamente vulnerable ante la morosidad de las EPS, creando un riesgo asociado al tener una dependencia tan alta del 96.73% en la venta de servicios, cualquier falla en el recaudo de cartera impacta de forma inmediata y masiva en la operación, lo que explica el incremento del pasivo mencionado anteriormente; ya que no cuenta con otras fuentes de ingresos significativas para compensar la falta de flujo de caja.

Gastos:

Son aquellos que generan una salida de dinero o disminuyen el recurso de la empresa.

En general el total de gastos presento un incremento del 8.30% respecto al total general de gastos de la vigencia 2024.

Los gastos de administración y operación de la Institución a diciembre 2025 presentaron un incremento del 11.26% respecto a los gastos de la vigencia 2024, los cuales representan el 59.55% del total de gastos

Dentro de estos gastos se resalta que el cálculo de provisiones (a cartera, propiedad planta y equipo, activos intangibles y litigios y demandas) representa un 33.25% del total de gastos, que si bien esta partida contable no genera una salida de recursos si afecta el resultado del ejercicio, los cuales presentaron una disminución del 33.68%

otros gastos se incrementaron en un 33.59%, con una participación del 6.77% del total de gastos.

Costos:

Son todos los gastos asociados a la producción, distribución, y difusión de un producto o servicio.

Los costos por venta de servicios de salud a diciembre 2025 presento un incremento del 13.12% respecto a los costos de la vigencia anterior.

El incremento está relacionado al incremento de los ingresos por venta de servicios de salud.

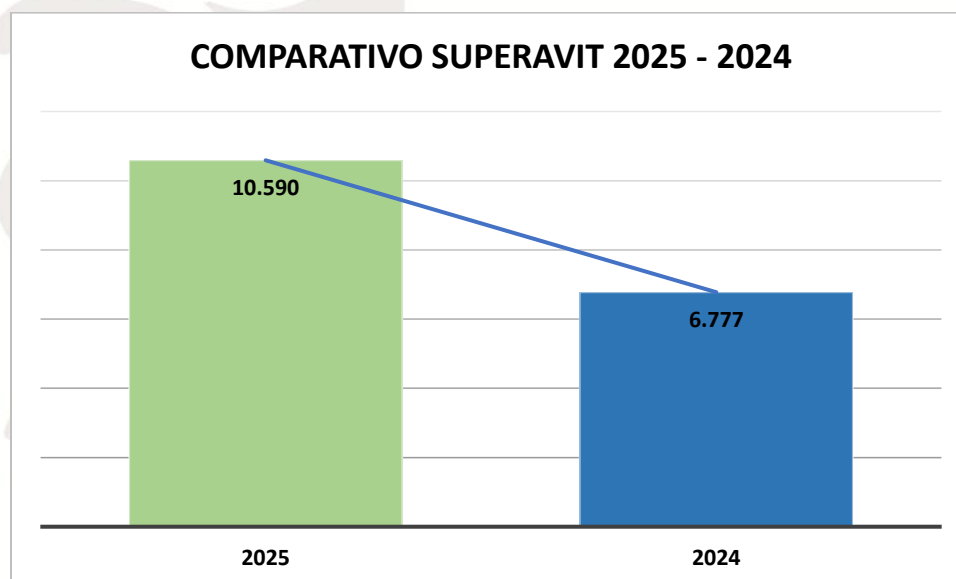
Al comparar el incremento de los Ingresos por venta de servicios de salud en un 12.73%, frente al incremento de los Costos directos en un 13.12%, observamos una relación de casi 1 a 1, lo cual es un indicador de una operación muy ajustada y equilibrada.

La diferencia entre el crecimiento de costos e ingresos es de apenas del 0.39%. Esto significa que por cada punto porcentual que creció la facturación, los costos crecieron prácticamente en la misma proporción.

A pesar de que los costos crecieron un poco más que los ingresos, el hospital logró fortalecer su patrimonio como se mencionó al principio. Esto confirma que:

- El margen de contribución sigue siendo positivo.
- La eficiencia administrativa (los gastos de solo el 11% compensa este ligero crecimiento en los costos directos.

Utilidad del Ejercicio 2025:



La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua presenta un análisis del resultado del ejercicio durante el año 2025, destacando su capacidad para generar superávit a pesar de los desafíos económicos en el sector salud a nivel nacional. Se examinan las causas del superávit y su disminución en comparación con el año anterior, así como los factores que han influido en los costos y gastos de la entidad.

Este análisis del estado de resultado integral proporciona una visión clara de la situación financiera de la institución, destacando tanto los logros como los desafíos que enfrenta en su operación y alertas para tener en cuenta a mediano plazo.

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua ha mostrado un desempeño financiero positivo en los últimos años, logrando un superávit que refleja un incremento en sus ingresos operacionales. Este crecimiento es especialmente notable en cada vigencia considerando el contexto de emergencia social provocadas anteriormente, lo cual tuvo impactos negativos como positivos, dentro de los cuales el reto de mantenerse financieramente optimizando sus servicios y poniendo a disposición de la comunidad nuevos servicios. Sin embargo, en el año 2025, el superávit experimentó un incremento del 56.25% en comparación con el superávit del año 2024. Este incremento se atribuye principalmente al aumento de la facturación y al reconocimiento de ingresos recibidos por el gobierno nacional como subvenciones ejecutadas durante la vigencia, como parte del dinamismo comercial de la que no representa una pérdida de eficiencia, si no la inversión necesaria en insumos y talento humano para poder soportar el crecimiento de la facturación.

Es fundamental que la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua continúe monitoreando sus ingresos y gastos para mantener su estabilidad financiera y poder enfrentar futuros desafíos. La gestión eficiente de los recursos y la implementación de estrategias para optimizar los costos serán clave para revertir la tendencia del incremento de costos directo por encima de los ingresos operacionales.

INDICADORES FINANCIEROS DE LIQUIDEZ A DICIEMBRE 2025 (CIFRAS EN PESOS)

RAZONES FINANCIERAS	FORMULA	2025
RENTABILIDAD OPERACIONAL DEL PATRIMONIO	UTIL.OPER / PATRIMONIO *100	14,47
RENTABILIDAD EN ACTIVOS	UTIL.NETA / ACTIVO TOTAL*100	13,41
RAZON CORRIENTE	ACTIVO CORRIENTE/ PASIVO CORRIENTE	3,18
PRUEBA ACIDA	ACTIVO CORRIENTE- INVENTARIO/ PASIVO CTE	3,04
RAZON DE ENDEUDAMIENTO	TOTAL PASIVO / TOTAL ACTIVO	0,18
ROTACION DE INVENTARIOS	COSTO MERCANCIA VENDIDA/PROMEDIO INVENTARIO	8,63
CAPITAL DE TRABAJO NETO	ACTIVO CORRIENTE - PASIVO CORRIENTE	28.027.694.706,00

FUENTE: Módulo Dinámica Gerencial Estados Financieros a Diciembre 2025 - ESE HDSAP

MARGEN EBITDA	
EXCEDENTES DEL EJERCICIO + (MAS) INTERESES + (MAS) IMPUESTOS + (MAS) DEPRECIACIONES, PROVISIONES Y AMORTIZACIONES	15.231.150.247,00
INGRESOS OPERACIONALES	65.424.338.599,00
RESULTADO	23,28
INGRESOS NETOS OPERACIONALES	65.424.338.599,00
EXCEDENTES	10.589.875.363,00
PROVISIONES	4.641.274.884,00
INTERESES	0,00
TOTAL EXCEDENTES EBITDA	15.231.150.247,00

- Una rentabilidad del patrimonio del 14.47% en el sector salud es un indicador positivo que refleja la capacidad de las instituciones para generar beneficios y asegurar su sostenibilidad a largo plazo. Este rendimiento no solo es crucial para la salud financiera de las entidades, sino que también tiene un impacto directo en la calidad de los servicios de salud que se ofrecen a la población. Se interpreta que por cada \$100 del patrimonio, el hospital obtuvo 14.47% 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.

A pesar de toda la problemática que enfrente hoy el sector salud, el Hospital San Antonio de Padua, con este resultado demuestra no solo está operando con eficacia, sino que está maximizando el valor del patrimonio institucional, superando en muchos casos el costo de oportunidad del capital en el sector salud.

- La Rentabilidad en Activos mide qué tan eficiente es la administración del Hospital San Antonio de Padua para generar utilidades utilizando todos sus recursos (infraestructura, equipos médicos, inventarios y efectivo). Este indicador confirma que, por cada 100 pesos invertidos en activos, el Hospital San Antonio de Padua ha generado más de 13 pesos de utilidad neta, demostrando que las diferentes inversiones y las estrategias para el incremento de facturación están generando valor institucional.

- Razón corriente mide la capacidad financiera con que cuenta la ESE para cubrir sus obligaciones a corto plazo; mostrando a Diciembre de 2025 que la ESE por cada peso adeudado posee \$3.18 pesos de sus activos para cubrir un peso de los pasivos corrientes. Indica que la ESE San Antonio de Padua tiene capacidad para cubrir sus deudas, sino que también tienen un margen considerable para invertir en mejoras y expansión de servicios.
- 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 3.04%, porcentaje suficiente para cubrir sus obligaciones a corto plazo. Significa que por cada 1\$ de deuda a corto plazo, el hospital tiene \$3.04 en activos líquidos (efectivo, cuentas por cobrar) para cubrirla. El hospital posee una buena capacidad para pagar obligaciones corrientes sin necesidad de disponer de los inventarios; una capacidad superior a 1 indica una buena liquidez, lo que demuestra que el hospital tiene solida capacidad de respuesta financiera en el corto plazo, lo que le da estabilidad y confianza frente a sus acreedores y proveedores.
- La razón de endeudamiento nos muestra que la participación de terceros sobre los activos. A Diciembre 2025 esta partición fue del 0.18%; demostrando que este nivel de endeudamiento es bajo, lo cual es positivo porque indica baja dependencia de deudas, mayor estabilidad financiera y menor riesgo para los acreedores. Sin embargo, también puede significar que hay capacidad para asumir más deuda responsablemente, si se necesitara realizar alguna inversión que a futuro genere beneficios para el Hospital.
- La rotación de inventarios es un indicador clave en la gestión de recursos en el sector salud, ya que refleja la eficiencia con la que se utilizan los productos y suministros. En este documento, se analizará la rotación de inventarios en la ESE San Antonio de Padua, que se sitúa en un 8.63%

Este porcentaje puede tener implicaciones significativas en la gestión de costos, la disponibilidad de productos y la calidad del servicio ofrecido a los pacientes. Se concluye que el hospital utilizo completamente su inventario 8.63 veces en el periodo, demostrando una rotación eficiente, garantizando disponibilidad sin acumulaciones innecesarias que afecten financieramente al Hospital.

- 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 \$28.027.694.706,00 millones para seguir funcionando.

- El margen EBITDA del 23.28% refleja una rentabilidad operativa sólida, aunque no exenta de desafíos. Este indicador es esencial para evaluar la salud financiera de la ESE San Antonio de Padua. A medida que el sector evoluciona, será interesante observar cómo se comportan estos márgenes en el futuro. Se puede observar que, aunque es un porcentaje saludable, el sector salud enfrenta desafíos únicos, como la necesidad de cumplir con normativas, la presión por ofrecer servicios de calidad, y el cumplimiento de pago oportuno de las diferentes entidades, lo que puede afectar sus márgenes.

Con un resultado del 23.28%, el indicador EBITDA ratifica la viabilidad financiera del Hospital San Antonio de Padua. Este margen se sitúa en un rango saludable que permite no solo la sostenibilidad de la operación corriente, sino también la disponibilidad de recursos para proyectos de inversión o fortalecimiento de la infraestructura, asegurando la continuidad del servicio a largo plazo para toda la comunidad.

- El excedente EBITDA, es el valor absoluto del resultado operativo del hospital a Diciembre de 2025. Es la ganancia operativa total antes de los gastos indirectos. El excedente del Hospital fue de \$15.231.150.247, demostrando una buena capacidad para generar excedentes operativos, con un margen EBITDA del 23.28% y un excedente significativo. Este resultado refleja solidez financiera, eficiencia en la operación y sostenibilidad; lo que representa la utilidad real generada por la operación asistencial. Esta cifra es el resultado de una operación productiva y autosuficiente, garantizando que la ESE San Antonio de Padua genere excedentes suficientes para mantener su nivel de atención de servicios de salud sin comprometer su estabilidad.

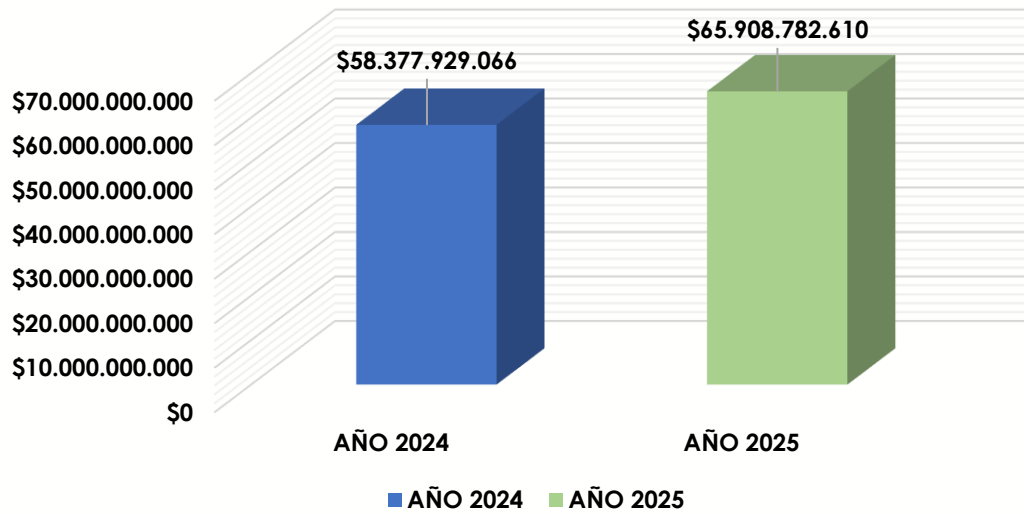
8.2 INFORME DE FACTURACIÓN

A continuación, se adjunta el informe de facturación correspondiente a la gestión realizada durante el año 2025, en este se detalla la facturación comparativa con el año 2024, así como la facturación por cada régimen y las principales EPS.

Facturación 2024 Vs 2025

FACTURACION AÑO 2024	FACTURACION AÑO 2025	\$ VARIACION	% VARIACION
\$58.377.929.066	\$ 65.908.782.610	\$ 7.530.853.544	12,90%

FACTURACION 2024 VS 2025



En el año 2025 se facturó +12,90% más en comparación al año 2024, con un promedio mensual de facturación de \$ 5.492.398.550.

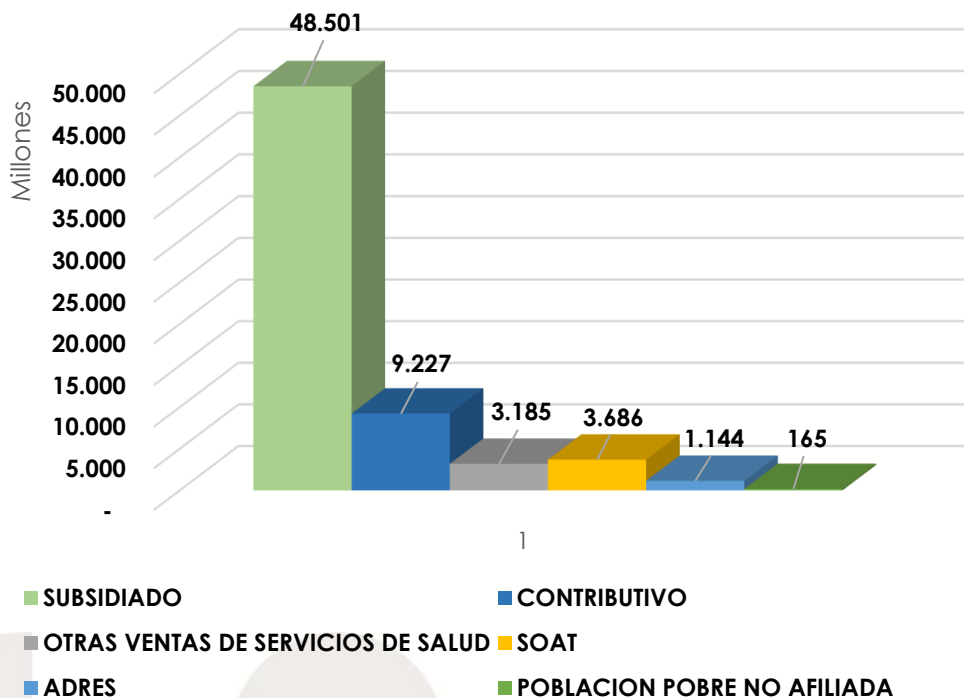
El incremento del 12,90% en la facturación anual obedece a:

- Mayor producción hospitalaria.
- Incremento en servicios de alta complejidad, especialmente UCI.
- Fortalecimiento en la liquidación oportuna de cuentas.
- Mejor articulación entre áreas asistenciales y administrativas.
- Ajuste en tarifas de acuerdo a la normatividad vigente 2025

➤ Facturación por Régimen

REGIMEN	VALOR FACTURADO	VALOR %
SUBSIDIADO	48.500.855.202	73,59%
CONTRIBUTIVO	9.227.149.771	14,00%
OTRAS VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	3.185.192.403	4,83%
SOAT	3.686.299.602	5,59%
ADRES	1.144.341.466	1,74%
POBLACION POBRE NO AFILIADA	164.944.167	0,25%
Total general	65.908.782.610	100,0%

FACTURACION POR REGIMEN AÑO 2025

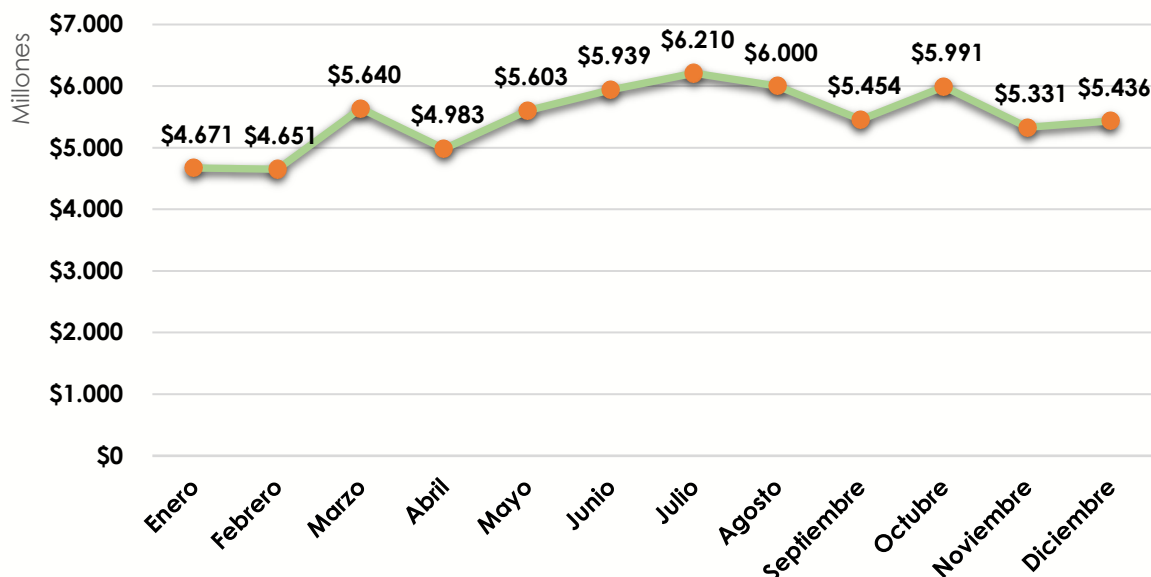


Como se puede observar en la gráfica anterior la mayor facturación es generada al régimen subsidiado 73%, y el 27% restante comprende lo facturado al régimen contributivo, población pobre no afiliada, soat, adres y otras ventas de servicios de salud.

➤ Facturación Mensual

Mes	2024
Enero	\$ 4.670.782.104
Febrero	\$ 4.651.009.575
Marzo	\$ 5.640.103.873
Abril	\$ 4.982.938.452
Mayo	\$ 5.603.281.155
Junio	\$ 5.939.035.844
Julio	\$ 6.209.736.190
Agosto	\$ 5.999.919.682
Septiembre	\$ 5.454.212.731
Octubre	\$ 5.991.007.429
Noviembre	\$ 5.330.771.151
Diciembre	\$ 5.435.984.424

COMPORTAMIENTO DE LA FACTURACION 2025



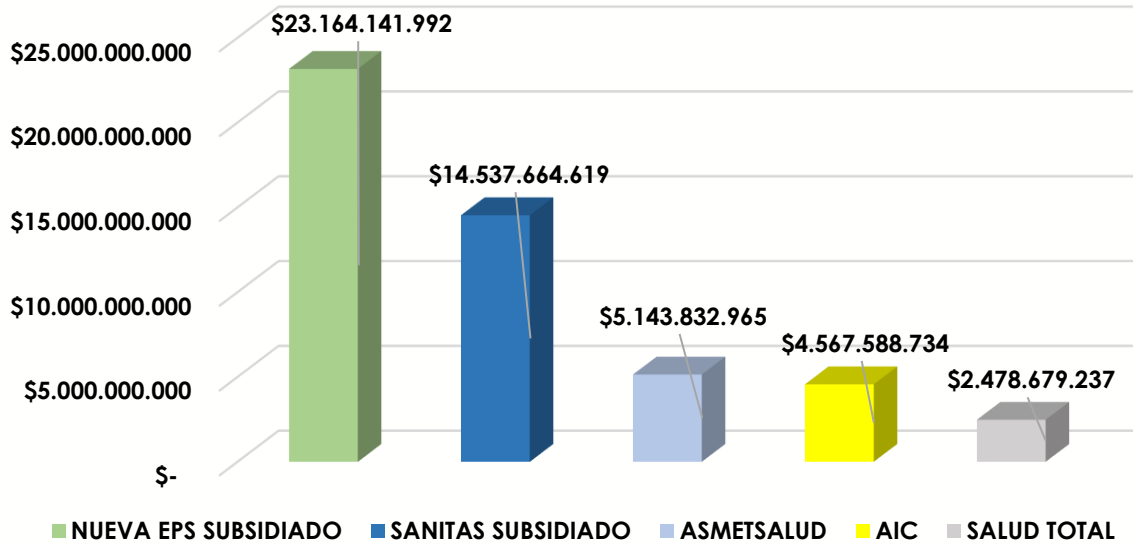
El promedio mensual fue de \$5.492 millones, siendo julio el mes de mayor facturación.

La tendencia mensual evidencia estabilidad en la producción, con variaciones asociadas a demanda de servicios hospitalarios y comportamiento epidemiológico. Se mantiene regularidad en el flujo operativo, lo que permite adecuada proyección financiera.

➤ Principales EPS Régimen Subsidiado

EPS	VALOR FACTURADO
NUEVA EPS SUBSIDIADO	\$ 23.164.141.992
SANITAS SUBSIDIADO	\$ 14.537.664.619
ASMETSALUD	\$ 5.143.832.965
AIC	\$ 4.567.588.734
SALUD TOTAL	\$ 2.478.679.237

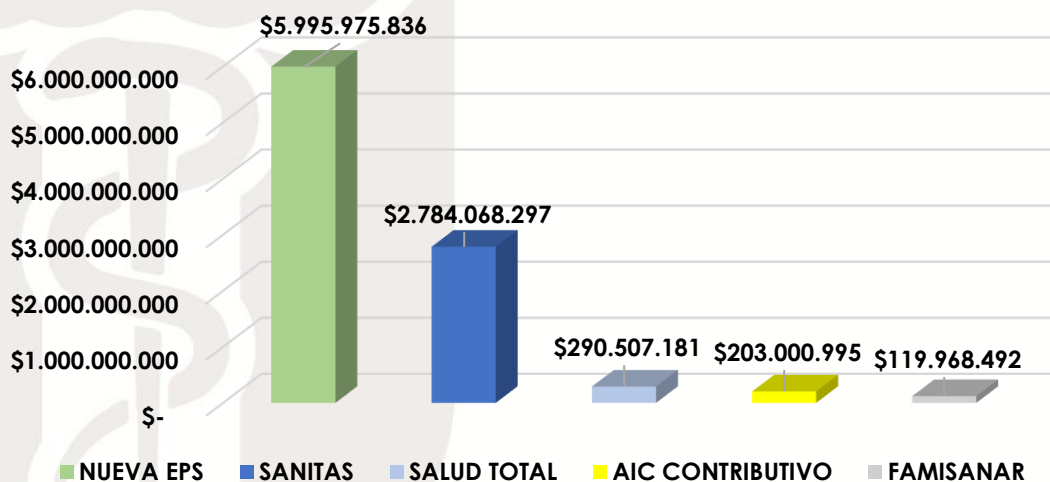
PRINCIPALES EPS REGIMEN SUBSIDIADO 2025



➤ Principales EPS Régimen Contributivo

EPS	VALOR FACTURADO
NUEVA EPS	\$ 5.995.975.836
SANITAS	\$ 2.784.068.297
SALUD TOTAL	\$ 290.507.181
AIC CONTRIBUTIVO	\$ 203.000.995
FAMISANAR	\$ 119.968.492

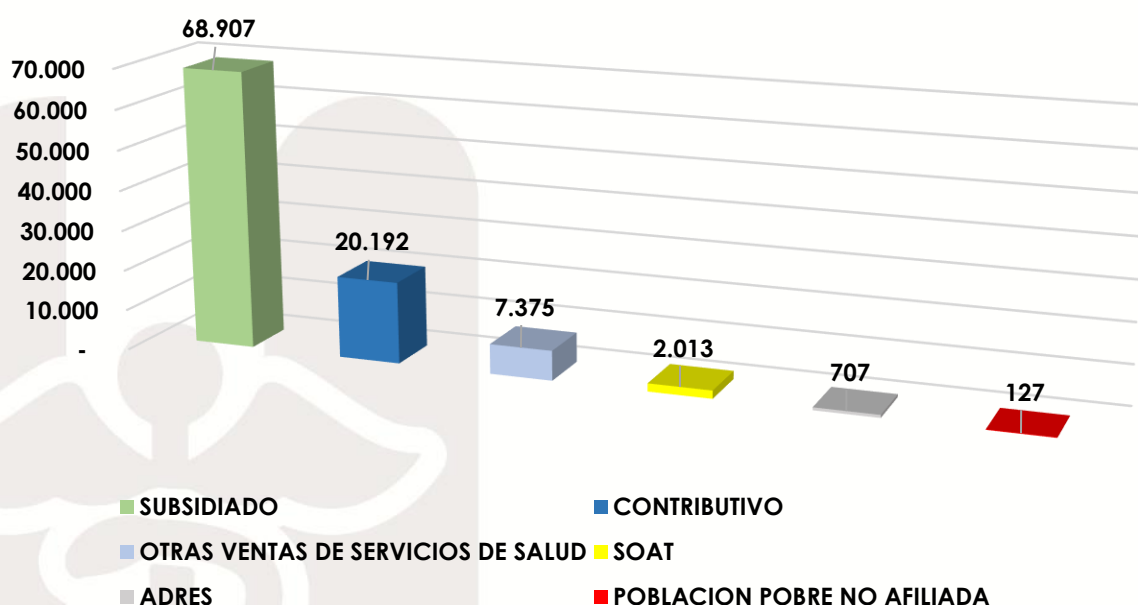
PRINCIPALES EPS REGIMEN CONTRIBUTIVO 2025



➤ Usuarios atendidos por régimen

Régimen Seg. Social	Usuarios	%
SUBSIDIADO	68.907	69,38%
CONTRIBUTIVO	20.192	20,33%
OTRAS VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	7.375	7,43%
SOAT	2.013	2,03%
ADRES	707	0,71%
POBLACION POBRE NO AFILIADA	127	0,13%

USUARIOS ATENDIDOS POR REGIMEN



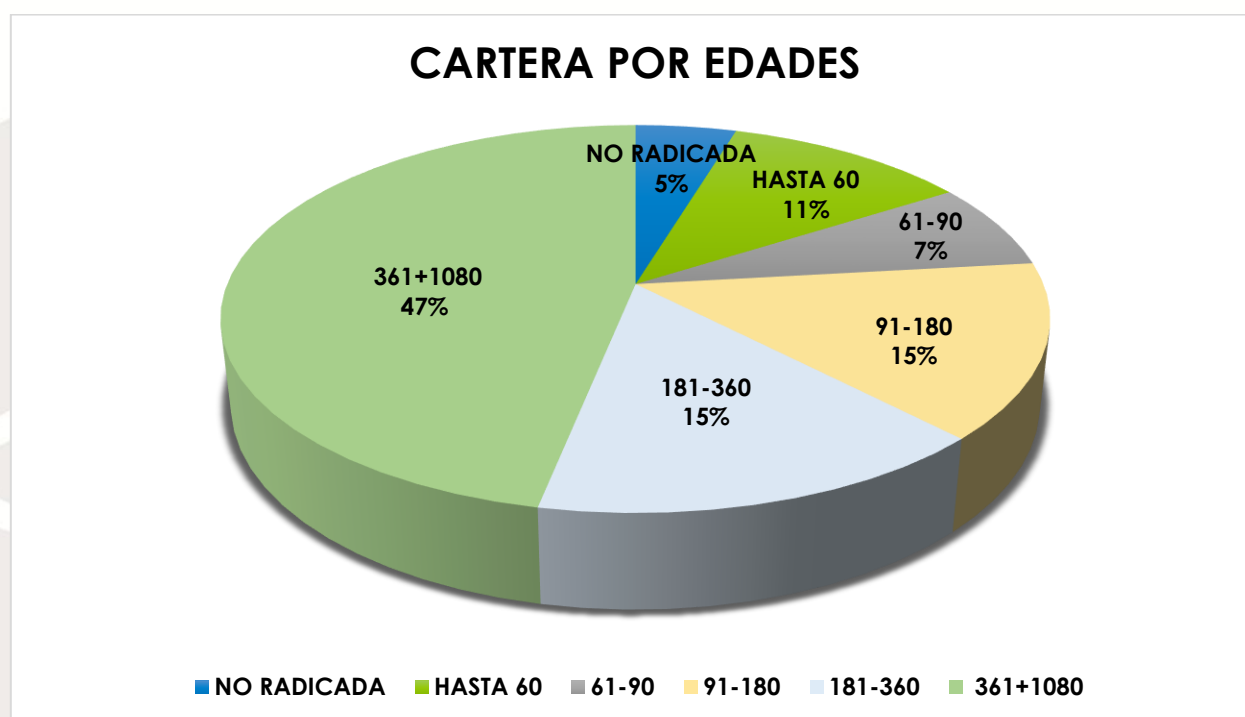
➤ Acciones desarrolladas para el cumplimiento de las metas de 2025 en los procesos de facturación

- Reuniones con todo el equipo que interviene en los proceso de facturación (líder facturación, facturadores, subdirección técnico científica ,líder de urgencias ,hospitalización, auditoria y Cuentas médicas y asesores gerencia), para analizar proceso internos y externos del servicio de facturación ,glosas, cuentas médicas y auditorias , cartera ,prestación servicios médicos y contratación AEPB; al igual que las causales de las glosas, realizando retroalimentación para corregir las falencias presentadas en las auditorias de facturación.

- Se pone en conocimiento las observaciones o ajustes a los respectivos contratos existentes con las Entidades Responsables de Pago, para ajustar minutas contractuales futuras con los nuevos contratos que entran en vigencia para que sean parametrizados en los sistemas de información.
- Capacitación y acompañamiento continuo a todo el equipo de facturación sobre temas técnicos y operativos en la liquidación de cuentas de los diferentes servicios, cirugías, hospitalización y unidad de cuidados intensivos.

8.3 INFORME DE CARTERA VIGENCIA 2025

CARTERA POR EDADES CON CORTE A DICIEMBRE DE 2025:



NO RADICADA	3.341.974.782	5%
HASTA 60	8.122.247.133	11%
61-90	5.177.415.033	7%
91-180	10.447.961.367	15%
181-360	11.051.463.567	15%
361+1080	33.604.485.185	47%
TOTAL, CARTERA	71.745.547.067	100%

TOTAL, CARTERA A 31 DE DICIEMBRE DEL 2025: \$71.745.547.067 MIL PESOS

La cartera de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata Huila, con corte al 31 de diciembre del 2025, asciende a **\$ 71.745.547.067** detallada de la siguiente manera:

La cartera NO RADICADA corresponde a prestación de servicios de salud del mes de octubre y algunos meses anteriores, que fueron radicados en el mes de diciembre del 2025 la cual asciende a **\$3.341.974.782** equivalente al 5%.

La cartera con vencimiento HASTA 60 días asciende a **\$8.122.247.133**, equivalente a un 11%, la cual se estima que se encuentra en proceso de pago.

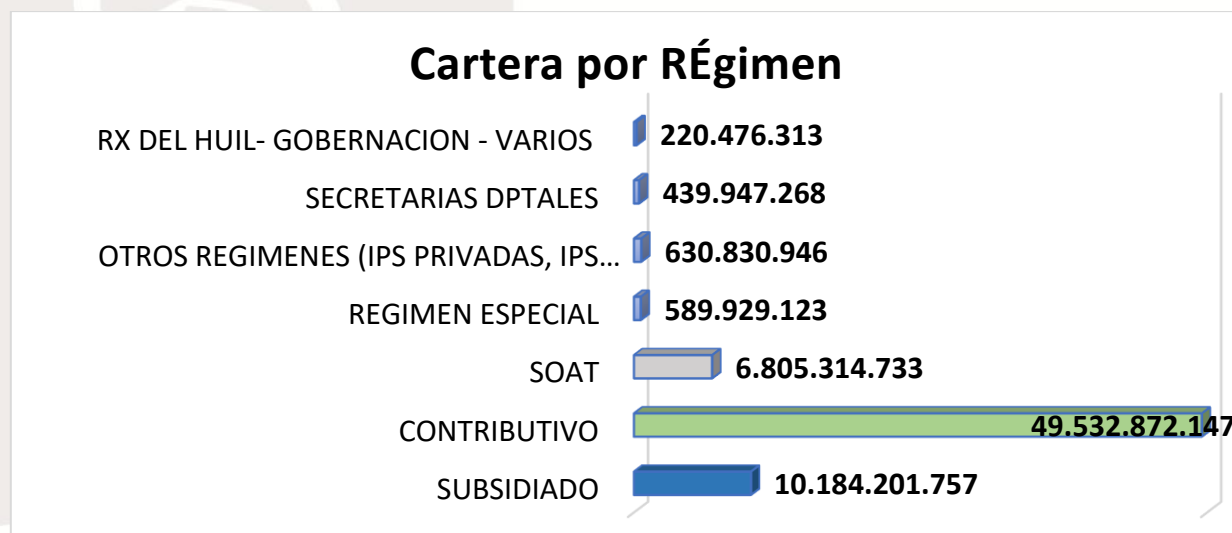
La cartera con vencimiento ENTRE 61 A 90 días asciende a **\$5.177.415.033**, equivalente a un 7%, se encuentra dentro de los trámites administrativos de cobro persuasivo y conciliaciones de objeciones.

La cartera con vencimiento ENTRE 91 A 180 días asciende a **\$ 10.447.961.367**, equivalente a un 15%, se encuentra dentro de los trámites administrativos de cobro persuasivo y conciliaciones de objeciones.

La cartera con vencimiento ENTRE 181 A 360 días asciende a **\$11.051.463.567**, equivalente a un 16%, se encuentra dentro de los trámites administrativos de cobro persuasivo, conciliaciones de objeciones y en proceso de cobro jurídico.

La cartera que se encuentra MAYOR A 360 días asciende a **\$33.604.485.185** equivalente a un 47%, donde se encuentran la mayor parte de empresas en proceso de liquidación y que es considerada de difícil recaudo.

➤ **Cartera por Régimen**



Como se puede observar, el régimen contributivo es el que mayor valor de cartera presenta con la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua con un **71%** de representación del total adeudado por las EAPB

➤ **Entidades en Proceso de Liquidación**

ITEM	NOMBRE	VALOR
1	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS EPS SAS	5.898.527.036
2	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA	4.665.111.805
3	MEDIMAS EPS S.A.S	3.642.604.797
4	SALUDCOOP E.P.S.	2.184.001.910
5	SALUDVIDA	800.514.424
6	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIARIO EPSS - CONVIDA	56.412.636
7	COOMEVA	79.808.549
8	COMFACUNDI	43.224.011
9	INSTITUTO DPTAL DE SALUD DEL CAQUETA	27.444.176
10	ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S	12.723.249
11	COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA COMPARTA EPS-S	9.800.680
12	COMFAMILIAR NARIÑO	9.032.607
13	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	5.268.200
14	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGENA	5.165.600
15	EMDISALUD	4.947.373
16	CAFAM EPS	2.848.100
17	MANEXKA EPS I	2.560.086
18	COMFENALCO TOLIMA	610.400
19	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BOYACA "COMFABOY"	280.100
TOTAL		17.450.885.739

La cartera de las entidades que se encuentran clasificadas en proceso de liquidación y liquidadas asciende a **\$17.450.885.739**; equivalente al **30.0%**; valor que se considera como cartera de difícil cobro, entidades a las cuales se realizara el proceso de depuración contable y financiero y el castigo si es del caso y será de acuerdo al nuevo marco normativo establecido por la Contaduría General de la Nación, mediante Resolución 414, con el objetivo de avanzar en el proceso de saneamiento de deudas del sector. Ahora bien, con respecto a las entidades que se encuentran Intervenidas Administrativamente por la SUPERSALUD, ascienden a **\$17.450.885.739** pesos M/cte.; equivalente al **36%** de la cartera radicada por concepto de ventas de servicios de salud.

➤ **Informe de Rotación de Cartera**

Ventas a crédito / Promedio cuentas por cobrar	ROTACION DE CARTERA	
Saldo inicio periodo + saldo fin de periodo/2		
	Enero-Dic 2024	Enero-Dic 2025
VENTAS SERVICIOS DE SALUD	58.377.929.064	65.908.782.610
SALDO CARTERA INICIO PERIODO	44.915.259.054	53.279.954.397
SALDO CARTERA FIN PERIODO	53.279.954.397	71.745.547.069
PROMEDIO DE CUENTAS POR COBRAR	49.097.606.726	62.512.750.733
ROTACION DE CARTERA	1,19	1,05
DIAS	302,77	341,45

El cuadro comparativo de rotación de cartera entre enero y diciembre de 2024 y 2025, se evidencia que para este último periodo se está recuperando la cartera facturada cada 341 días, evidenciando un aumento de 38 días en comparación con el periodo analizado, reflejando una involución en el flujo de recursos de la ESE, afectando el funcionamiento de esta.

➤ **Cartera en Proceso Jurídico**

NIT	EPS EN PROCESO	VALOR ENTREGADO	VALOR RECUPERADO	SALDO COBRO JURIDICO	%	ABOGADO
817001773	AIC	4.094.748.874	444.545.370	3.650.203.504	11%	DR VICTOR ALFONSO ZULETA GONZALEZ
900935126	ASMET SALUD	1.880.970.744	1.411.138.053	469.832.691	75%	DR VICTOR ALFONSO ZULETA GONZALEZ
860002400	LA PREVISORA	530.145.365	313.121.942	217.023.423	59%	Dr. JOHN HENRRY DEVIA PALOMA
860037013	MUNDIAL DE SEGUROS	299.002.189	40.197.777	258.804.412	13%	Dr. JOHN HENRRY DEVIA PALOMA
860002184	COLPATRIA	58.679.441	915.730	57.763.711	2%	Dr. JOHN HENRRY DEVIA PALOMA
860009578	SEGUROS DEL ESTADO	7.325.679	9.556	7.316.123	0%	Dr. JOHN HENRRY DEVIA PALOMA
860002180	BOLIVAR	114.959.566	62.267.476	52.692.090	54%	Dr. JOHN HENRRY DEVIA PALOMA
TOTAL		6.710.635.786	2.272.195.904	4.713.635.953	34%	

- En procesos jurídicos se entregan dos EPS las cuales son **AIC** por valor de \$4.094.748.874 y **ASMETSALUD** por valor de 1.880970.744 las cuales fueron entregadas al Abogado Dr. Víctor Alfonso Zuleta en el mes de junio. De la cartera de **AIC** se ha recuperado 11% quedando un saldo de \$3.650.203.504. por parte de la EPS **Asmetsalud** se ha recuperado un 75% de la cartera entregada quedando un saldo de \$469.832.691
- Las carteras de aseguradoras **LA PREVISORA** se entregó una cartera mayor a 180 días por valor de \$530.145.365, la cual se ha recuperado el 59% quedando al 31 de diciembre un saldo de cartera de \$217.023.423 **MUNDIAL DE SEGUROS** se entregó una cartera a proceso jurídico mayor a 180 días por valor de \$299.002.189, se ha recuperado un 13% de la cartera entregada quedando con un valor de cartera en proceso jurídico hasta el 31 de diciembre por valor de \$258.804.412; **COLPATRIA** se entregó a proceso jurídico una cartera mayor a 180 días por valor de \$58.679.441, se ha recuperado un 2% es muy poca la gestión que se ha realizado en esta cartera queda un saldo en proceso jurídico de \$57.763.711 hasta el 31 de diciembre del 2025. **SEGUROS DEL ESTADO** se entregó una cartera por valor de \$7.325.679 se encuentra en un 0% lo cual no se ha gestionado y **BOLIVAR** se entrega una cartera por valor de \$114.959.566. se ha recuperado un 54% quedando en saldo en proceso jurídico por valor de \$52.692.090; Las cuales fueron entregadas desde el mes de junio al Abogado el Dr. JOHN HENRRY DEVIA PALOMA.

8.4 INFORME PRESUPUESTAL

- Por Acuerdo No. 015 del 27 de diciembre de 2024, la Junta Directiva ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua, fijó el Presupuesto de Ingresos y Gastos e inversión para la Vigencia fiscal del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025 por valor de \$ 56.958.779.848.
- Por Resolución No. 397 del 30 de diciembre de 2024, el Gerente de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua del municipio de La Plata – realiza la desagregación del presupuesto para la vigencia fiscal del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025.
- Mediante Acuerdo No. 001 del 29 de enero de 2025, se aprueba la desagregación del presupuesto de Ingresos y Gastos e inversión para la Vigencia fiscal del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025 por valor de **\$56.958.779.848**, igualmente se realizaron modificaciones, que incremento el presupuesto en **\$ 1.485.718.118.33** obteniendo un presupuesto definitivo de **\$ 58.444.497.966,33**.

PRESUPUESTO DE INGRESOS 2025			
CONCEPTO	INICIAL	DEFINITIVO	%
DISPONIBILIDAD INICIAL	0,00	366.925.881,56	1%
INGRESOS CORRIENTES	56.958.779.848,00	57.392.085.679,27	98%
RECURSOS DE CAPITAL	0,00	685.486.405,50	1%
TOTAL PRESUPUESTO DE INGRESOS	56.958.779.848,00	58.444.497.966,33	100%
PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSION 2025			
CONCEPTO	INICIAL	DEFINITIVO	%
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	14.456.756.957,00	15.379.905.833,56	26%
SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA	0,00	0,00	0%
INVERSION	853.768.829,00	1.153.032.239,50	2%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL	41.648.254.062,00	41.911.559.893,27	72%
TOTAL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSION	56.958.779.848,00	58.444.497.966,33	100%

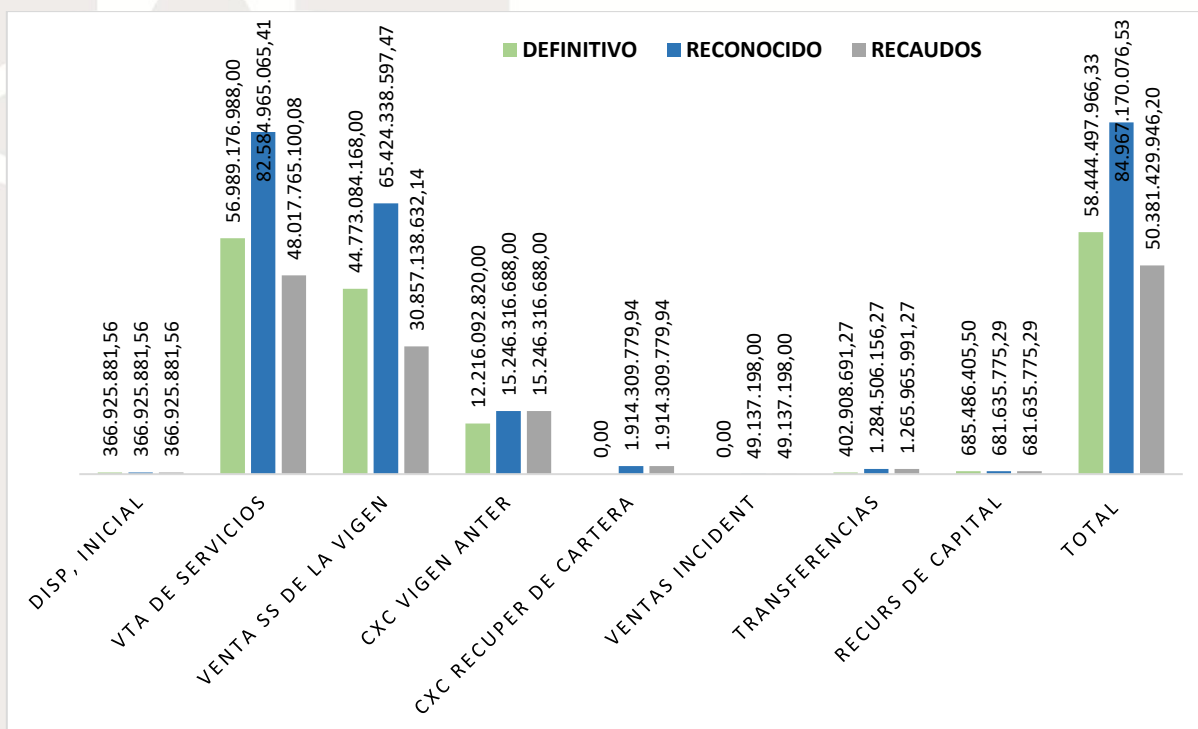
Las adiciones realizadas al presupuesto en la vigencia 2025 corresponden al siguiente detalle:

Acuerdo No.	Valor	Concepto
005 de 2025	255.373.771,00	Res 2534 – Gobernación del Huila.
006 de 2025	32.105.400,00	Res 1539 - Discapacidad
007 de 2025	366.925.881.56	Disponibilidad Inicial
008 de 2025	430.112.634.50	Res 1542- Adquisición Ambulancia
009 de 2025	30.397.140.00	Res 1018- Discapacidad
010 de 2025	370.803.291.27	Convenio 335-Sub-Oferta
Total, adiciones	1.485.718.118.33	

➤ Ejecución Presupuestal de Ingresos

A 31 de diciembre de 2025, los ingresos reconocidos ascienden a \$84.967.170.076,53 equivalentes al 145% del Presupuesto Definitivo, el recaudo asciende a \$50.381.429.946,20 que representa el 0,59 % del presupuesto reconocido.

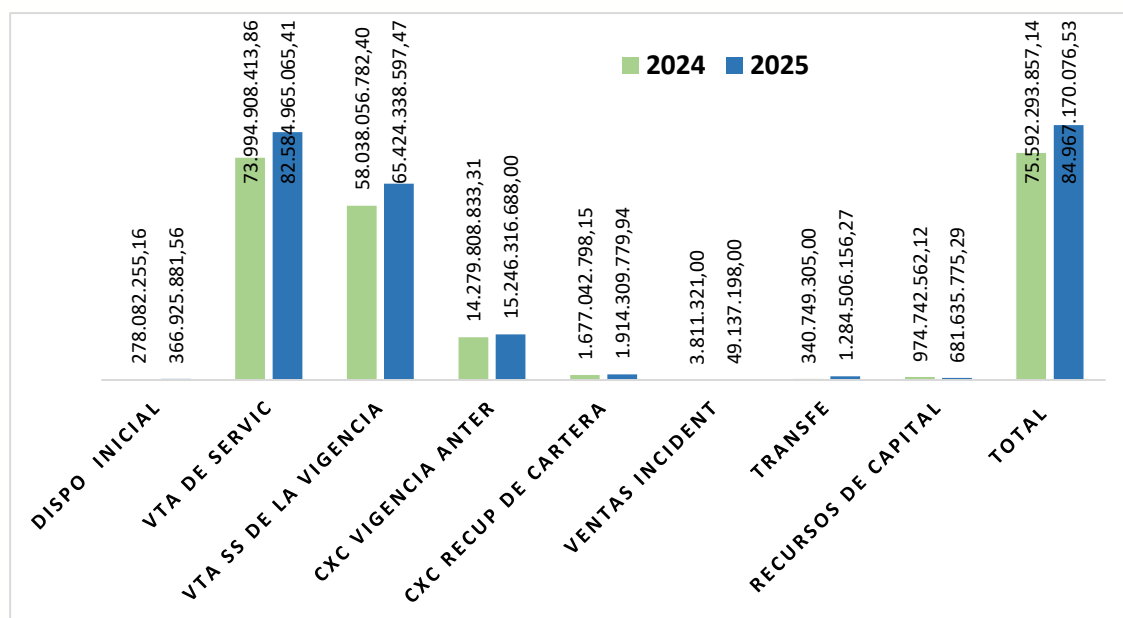
RECONOCIMIENTOS Y RECAUDOS					
ENERO A DICIEMBRE DE 2025					
CONCEPTO	DEFINITIVO	RECONOCIDO	%	RECAUDOS	%
DISPONIBILIDAD INICIAL	366.925.881,56	366.925.881,56	1,00	366.925.881,56	1,00
VENTA DE SERVICIOS	56.989.176.988,00	82.584.965.065,41	145	48.017.765.100,08	0,58
VENTA SS DE LA VIGENCIA	44.773.084.168,00	65.424.338.597,47	1,46	30.857.138.632,14	0,47
CXC VIGENCIA ANTERIOR	12.216.092.820,00	15.246.316.688,00	1,25	15.246.316.688,00	1,00
CXC RECUPERACION DE CARTERA	0,00	1.914.309.779,94	0,00	1.914.309.779,94	1,00
VENTAS INCIDENTALES	0,00	49.137.198,00	0,00	49.137.198,00	1,00
TRANSFERENCIAS	402.908.691,27	1.284.506.156,27	0,00	1.265.965.991,27	0,99
RECURSOS DE CAPITAL	685.486.405,50	681.635.775,29	0,00	681.635.775,29	1,00
TOTAL	58.444.497.966,33	84.967.170.076,53	1,45	50.381.429.946,20	0,59



- En el Presupuesto de Ingresos definitivos para la vigencia 2025, se proyectan en Ventas de Servicios de Salud para la vigencia la suma de \$44.773.084.168 de los cuales a 31 de diciembre, el reconocimiento asciende a \$65.424.338.597,47, equivalentes al 1,46% del Presupuesto definitivo, indicador importante que ha tenido la entidad en el proceso de Venta de Servicios, no ocurre lo mismo con el recaudo que asciende a \$30.857.138.632,14 que representa el 0,47% del valor del presupuesto reconocido, a pesar de realizar todas las gestiones administrativas de cobro por parte de la entidad como es la radicación de cuentas en el tiempo previsto, cobros persuasivos, cobros jurídicos, cobros personalizados, indicador poco favorable para la entidad.
- Las cuentas por cobrar de la Vigencia anterior tienen un reconocimiento y recaudo de \$15.246.316.688, con una ejecución del 1,25% del presupuesto definitivo, partida que apalanca la liquidez de la entidad al igual que la recuperación de Cartera (mayor a 360 días) tiene un reconocimiento y recaudo de \$ 1.914.309.779,94, partida que supera la meta proyectada.

COMPARATIVO DE RECONOCIMIENTOS Diciembre 2024- Diciembre 2025

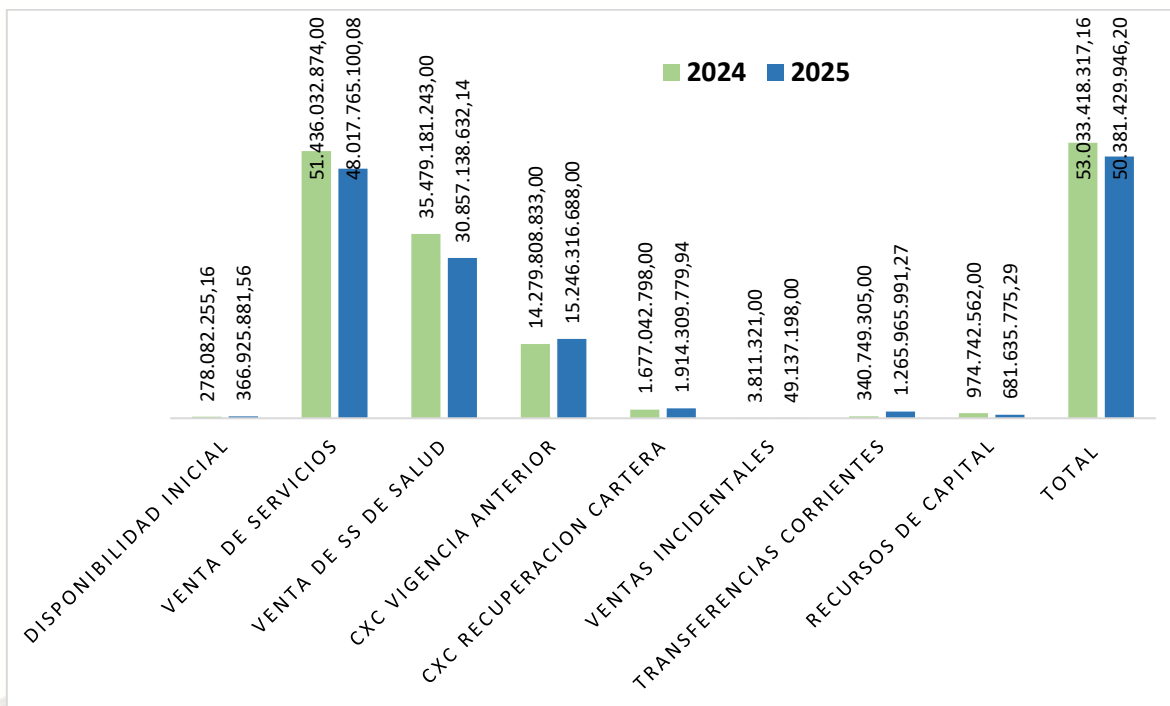
COMPARATIVO DE RECONOCIMIENTOS				
DICIEMBRE 2024- DICIEMBRE 2025				
CONCEPTO	2.024	2.025	VARIACION ABSOLUTA	% VARIACION
DISPONIBILIDAD INICIAL	278.082.255,16	366.925.881,56	88.843.626,40	32%
VENTA DE SERVICIOS	73.994.908.413,86	82.584.965.065,41	8.590.056.651,55	12%
VENTA SS DE LA VIGENCIA	58.038.056.782,40	65.424.338.597,47	7.386.281.815,07	13%
CXC VIGENCIA ANTERIOR	14.279.808.833,31	15.246.316.688,00	966.507.854,69	7%
CXC RECUPERACION DE CARTERA	1.677.042.798,15	1.914.309.779,94	237.266.981,79	14%
VENTAS INCIDENTALES	3.811.321,00	49.137.198,00	45.325.877,00	
TRANSFERENCIAS	340.749.305,00	1.284.506.156,27	943.756.851,27	
RECURSOS DE CAPITAL	974.742.562,12	681.635.775,29	-293.106.786,83	
TOTAL	75.592.293.857,14	84.967.170.076,53	9.374.876.219,39	12%



La tabla, muestra el comparativo de los reconocimientos con corte a 30 de diciembre de 2025, presentando un incremento general de \$9.374.876.219,39 que equivale al 12%, respecto al mismo periodo 2024, de los cuales la fuente más representativa son las Ventas de Servicios de salud de la vigencia con 13%, Cuentas por cobrar vigencia anterior en un 7% y recuperación de cartera en un 14%.

COMPARATIVO DE RECAUDOS Diciembre 2024- Diciembre 2025

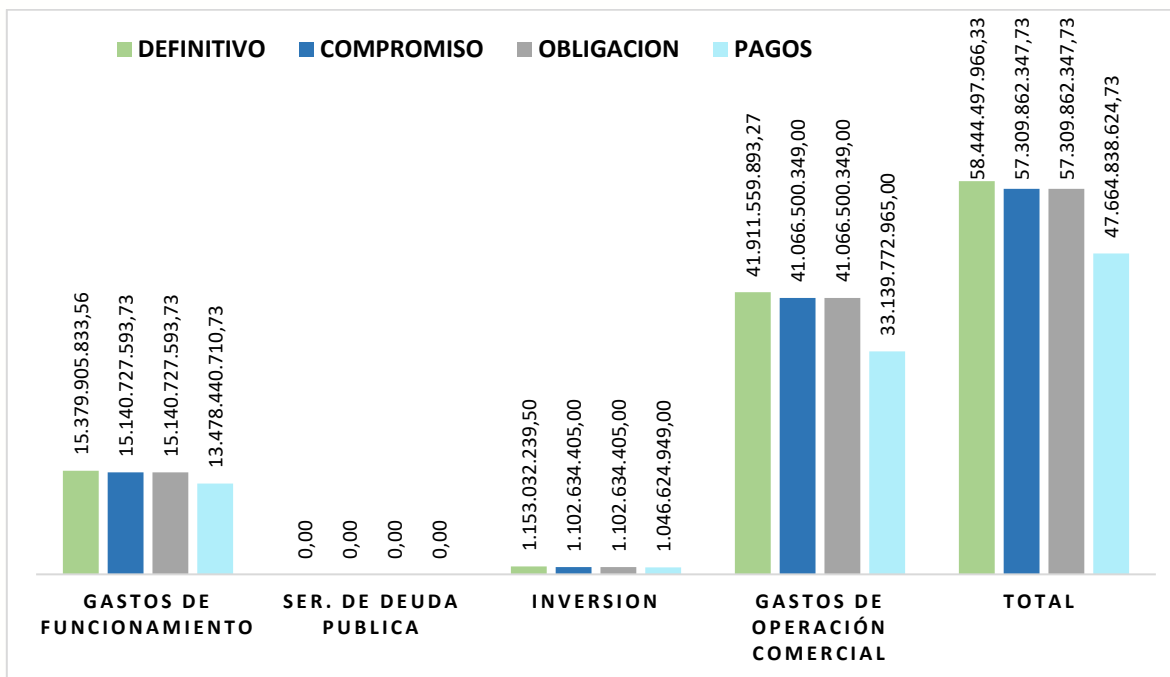
COMPARATIVO DE RECAUDOS				
DICIEMBRE 2024- DICIEMBRE 2025				
CONCEPTO	2024	2025	VARIACION	% Variación
DISPONIBILIDAD INICIAL	278.082.255,16	366.925.881,56	366.925.881,56	132%
VENTA DE SERVICIOS	51.436.032.874,00	48.017.765.100,08	-3.418.267.773,92	-7%
VENTA DE SS DE SALUD	35.479.181.243,00	30.857.138.632,14	-4.622.042.610,86	-13%
CXC VIGENCIA ANTERIOR	14.279.808.833,00	15.246.316.688,00	966.507.855,00	7%
CXC RECUPERACION CARTERA	1.677.042.798,00	1.914.309.779,94	237.266.981,94	14%
VENTAS INCIDENTALES	3.811.321,00	49.137.198,00	45.325.877,00	0%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	340.749.305,00	1.265.965.991,27	925.216.686,27	0%
RECURSOS DE CAPITAL	974.742.562,00	681.635.775,29	-293.106.786,71	0%
TOTAL	53.033.418.317,16	50.381.429.946,20	-2.373.906.115,80	-4%



La Tabla, muestra el comparativo de recaudos respecto al mismo periodo de la vigencia anterior, presentando una disminución total de \$2.373.906.115.80 equivalente al -4%, de los cuales se evidencia una disminución del -13% en recaudos por ventas de servicio de salud de la vigencia y un incremento del 7%, en las Cuentas por cobrar de la vigencia anterior y la recuperación de cartera en 14% respectivamente.

EJECUCION PRESUPUESTAL DE GASTOS DICIEMBRE 2025

DEFINITIVO -COMPROMISOS-OBLIGACIONES -PAGOS							
CONCEPTO	DEFINITIVO	COMPROMISO	%	OBLIGACION	%	PAGOS	%
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	15.379.905.833,56	15.140.727.593,73	98%	15.140.727.593,73	100%	13.478.440.710,73	89%
SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA	0,00	0,00		0,00		0,00	
INVERSION	1.153.032.239,50	1.102.634.405,00	96%	1.102.634.405,00	100%	1.046.624.949,00	95%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL	41.911.559.893,27	41.066.500.349,00	98%	41.066.500.349,00	100%	33.139.772.965,00	81%
TOTAL	58.444.497.966,33	57.309.862.347,73	98%	57.309.862.347,73	100%	47.664.838.624,73	83%

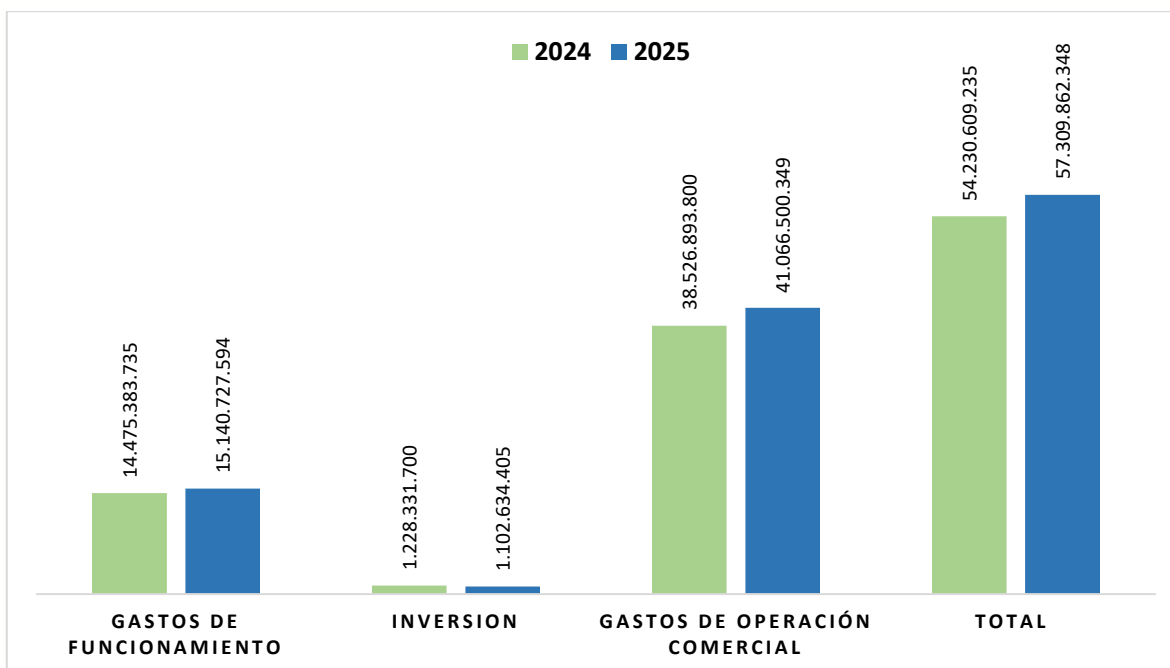


A 31 de diciembre de 2025, el Presupuesto de Gastos e inversión se ha comprometido en \$ 57.309.862.347,73 que equivale al 98% del total del presupuesto definitivo para la vigencia, igualmente las obligaciones ascienden a \$ 57.309.862.347,73 equivalente al 100% de los compromisos y se han efectuado pagos por valor de \$ 47.664.838.624,73 correspondiente al 83% de las obligaciones.

- Es importante resaltar, que a pesar de la difícil situación financiera por la que atraviesan el sector salud, como es la falta de liquidez, la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua ha sorteado la situación en la consecución de recursos con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones con el personal de planta, personal de contrato y agremiados al igual que los proveedores de bienes, servicios e insumos entre otros.

COMPARATIVO DE COMPROMISOS

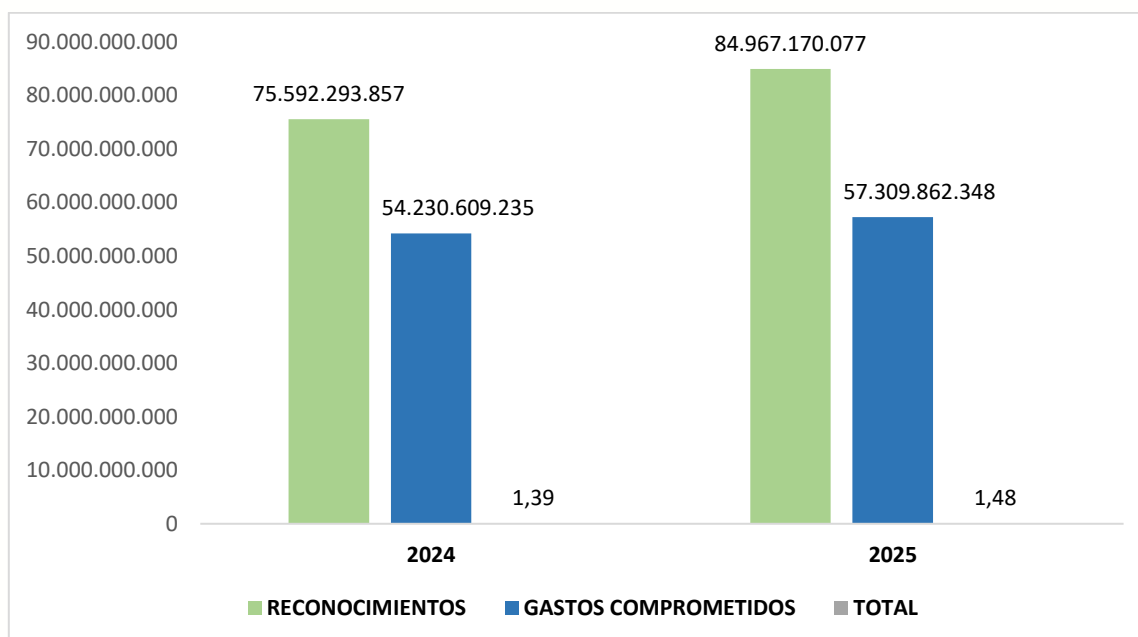
COMPARATIVO COMPROMISOS DICIEMBRE 2024- DICIEMBRE 2025				
CONCEPTO	2024	2025	VARIACION	%
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	14.475.383.735,00	15.140.727.593,73	665.343.858,73	4,6%
SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA	0,00	0,00	0,00	0,0%
INVERSION	1.228.331.700,00	1.102.634.405,00	-125.697.295,00	-10,2%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL	38.526.893.800	41.066.500.349,00	2.539.606.549,00	6,6%
TOTAL	54.230.609.235	57.309.862.348	3.079.253.113	5,7%



- La Tabla, muestra el comparativo de los compromisos con corte a 31 de diciembre de 2025, presentando un incremento total de \$3.079.253.113 que corresponde al 5.7% respecto al mismo periodo de la vigencia anterior, se observa una tendencia creciente en los compromisos presupuestales, en contraste con la reducción de los recaudos, generando presión sobre el equilibrio financiero institucional.

EQUILIBRIO PRESUPUESTAL COMPARATIVO CON RECONOCIMIENTOS (diciembre 2024-2025)

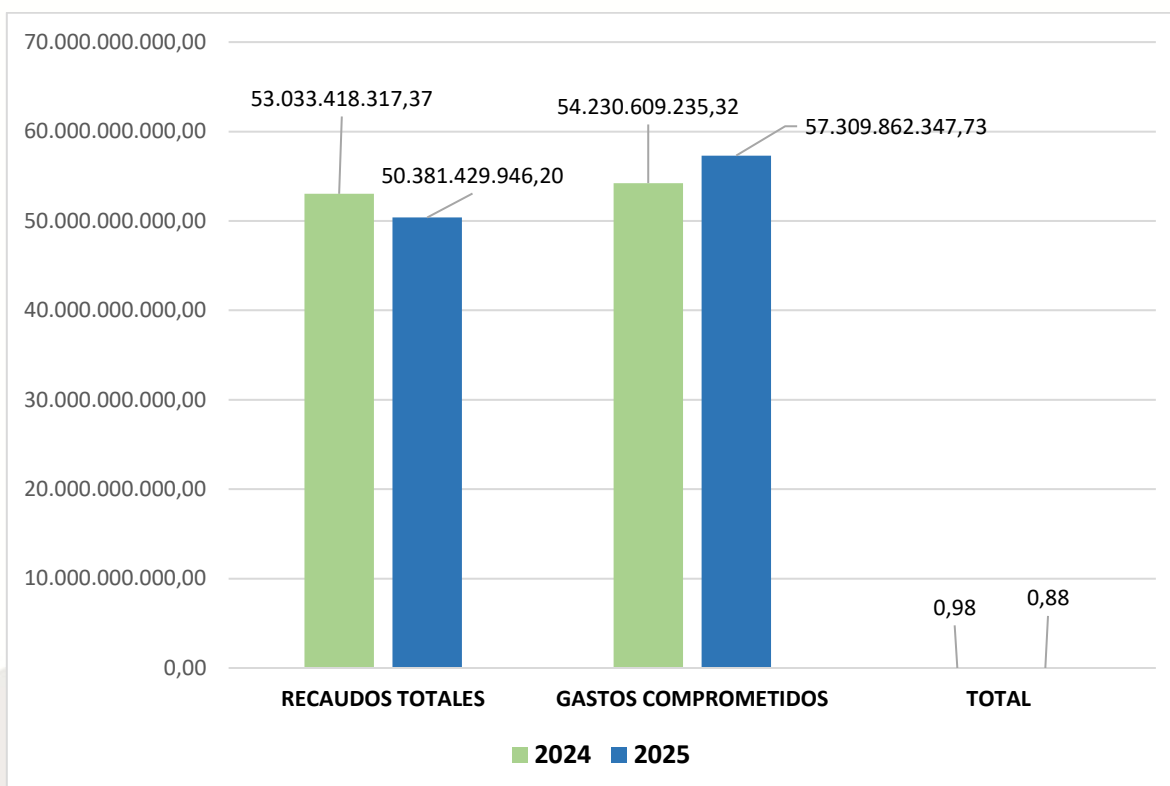
INDICADOR DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECONOCIMIENTOS		
CONCEPTO	2024	2025
RECONOCIMIENTOS	75.592.293.857,14	84.967.170.076,53
GASTOS COMPROMETIDOS	54.230.609.235,32	57.309.862.347,73
TOTAL	1,39	1,48



- El indicador de equilibrio presupuestal con reconocimientos muestra un comportamiento positivo al pasar de 1.39 en el 2024 al 1.48 en el 2025, reflejado en el incremento en la producción hospitalaria, incremento en servicios de alta complejidad, especialmente UCI, Ajuste en tarifas de acuerdo a la normatividad vigente 2025, Mejor articulación entre las áreas asistenciales y administrativas y el Fortalecimiento en la liquidación oportuna de cuentas, con un gasto controlado reflejado en los compromisos.

CON RECAUDO (diciembre 2024-2025)

INDICADOR DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDOS		
CONCEPTO	2024	2025
RECAUDOS TOTALES	53.033.418.317,37	50.381.429.946,20
GASTOS COMPROMETIDOS	54.230.609.235,32	57.309.862.347,73
TOTAL	0,98	0,88



- El indicador de equilibrio presupuestal con recaudo tuvo un comportamiento negativo al pasar del 0.98 en la vigencia 2024 al 0.88 en la vigencia 2025, reflejado en el bajo recaudo en el ultimo trimestre de 2025, por el incumplimiento en el pago de los diferentes pagadores, específicamente SANITAS EPS, ASMETSALUD EPS Y LA ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPS-I, agregandole la crisis del sector salud en todo el territorio nacional, por la desfinanciación del sistema general de seguridad social en salud y la obligatoriedad constitucional que tiene la E. S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA DE LA PLATA HUILA de prestar el servicio de salud de acuerdo a su portafolio de servicios a todos los usuarios que que lo requieran, es decir que los gastos de la operación de la entidad había que financiarla.

HISTORICO DEL RIESGO FISCAL Y FINANCIERO DE ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA DE LA PLATA HUILA 2012 - 2025

ESE	2012 RESOLUCION No. 2509	2013 RESOLUCION No.1877	2014 RESOLUCION No. 2090	2015 RESOLUCION No. 1893	2016 RESOLUCION No. 2184	2017 RESOLUCION No. 1755	2018 RESOLUCION No. 2249	2019 Resolución 1342	Año 2020 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria; Aplicación Matriz Minsalud	Año 2021 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria; Aplicación Matriz Minsalud	Año 2022 No se aplicó porque la Resolución 856 estuvo vigente hasta el 30 de Junio de 2022.	Año 2023 Resolución 851 (con información cierre año 2022)	Año 2024 Resolución 980 (con información cierre año 2023)	Año 2025 ; Aplicación Matriz Minist. Salud y Protec. Social
HOSPITAL DEPARTAMENT AL SAN ANTONIO DE PADUA DE LA PLATA HUILA	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	Indicador = 0,292 >= 0 RESULT. Sin Riesgo

Oficialmente es el Ministerio de Salud y Protección Social quien mediante resolución anual categoriza el nivel de riesgo de las Empresas Sociales del Estado con base en el resultado de información publicada en el aplicativo SIHO, teniendo en cuenta que generalmente dicha resolución es expedida posterior a la fecha límite de presentación de evaluación gerencial en referencia con los términos descritos en la Resolución 408 de 2018, la Subgerencia Financiera ha realizado un ejercicio aproximado con base en las directrices y formatos entregados por la Secretaría de Salud Departamental del Huila, La ESE San Antonio de Padua a 24 de febrero de 2026 tenían información anual consolidada, validada y presentada por las direcciones territoriales de salud a este Ministerio, con corte a 31 de diciembre de 2025, una vez aplicada la metodología definida en la Matriz, se categoriza para la **vigencia 2025, SIN RIESGO**, tal y como se relacionan en el Formato, que hace parte integral de este documento.

ANÁLISIS: La metodología utilizada para la categorización del riesgo, parte de la descripción de la composición del presupuesto de ingresos en lo que respecta al recaudo e ingresos reconocidos por fuentes de financiamiento y el uso de estos recursos en los compromisos asumidos en el gasto. Resultado de la comparación entre el recaudo frente a los compromisos y los ingresos reconocidos frente a los compromisos, se determina el balance presupuestal, a fin de determinar si los compromisos asumidos están acordes con las posibilidades ciertas de pago, bien sea por el recaudo efectivo en cada vigencia o por la posibilidad de recaudo de los ingresos generados.

Cabe resaltar que las políticas implementadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social No han reflejado una mayor liquidez para el sector, al contrario, el sector salud se ha deteriorado más, al punto que la entidad no pudo cumplir con todas las obligaciones contraídas con los proveedores de bienes y servicios, quedando al final con unas cuentas por pagar por valor de **\$ 9.645.023.723.00**, sin embargo, desde la Gerencia, se siguen adelantando las gestiones pertinentes y necesarias para incrementar el recaudo de cartera y controlar el gasto de la Institución.

El ejercicio realizado arroja como resultado un déficit de la operación corriente estimado en **\$ -1.709.710. 923.00**, producto de la diferencia entre Ingresos operacionales corrientes recaudados más estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada por nivel de atención de **\$ 52.502 millones** y Gastos Operacionales Corrientes Comprometidos de **\$ 54.212 millones**.

Sin embargo, arroja un superávit presupuestal de \$ 27.290. millones como resultado de la diferencia entre el total de ingresos reconocidos (**\$ 84.600 millones**) y el total de gastos comprometidos (**\$ 57.310 millones**).

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%

Indicador No. 4

Indicador No. 4	RIESGO FISCAL Y FINANCIERO
Estándar Exigido	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero
Resultado	SIN RIESGO FISCAL Y FINANCIERO
Fuente de Información	Sin Riesgo según Matriz Minsalud Año 2025 Resolución 1122
Responsable	Área Financiera
Calificación	Cinco (5)

ESTÁNDAR: Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero

RESULTADO: Oficialmente es el Ministerio de Salud y Protección Social quien mediante resolución anual categoriza el nivel de riesgo de las Empresas Sociales del Estado con base en el resultado de información publicada en el aplicativo SIHO, teniendo en cuenta que generalmente dicha resolución es expedida posterior a la fecha límite de presentación de evaluación gerencial en referencia con los términos descritos en la Resolución 408 de 2018, la Subgerencia Financiera

ha realizado un ejercicio aproximado con base en las directrices y formatos entregados por la Secretaría de Salud Departamental del Huila, La ESE San Antonio de Padua a 17 de marzo de 2026 tenían información anual consolidada, validada y presentada por las direcciones territoriales de salud a este Ministerio, con corte a 31 de diciembre de 2025, una vez aplicada la metodología definida en la Matriz, se categoriza para la vigencia 2025, SIN RIESGO, tal y como se relacionan en el Formato, que hace parte integral de este documento.

CALIFICACIÓN: Al realizar el cálculo se obtiene un resultado de **SIN RIESGO**, lo que correspondería a una calificación **Cinco (5)**

ANÁLISIS: La metodología utilizada para la categorización del riesgo, parte de la descripción de la composición del presupuesto de ingresos en lo que respecta al recaudo e ingresos reconocidos por fuentes de financiamiento y el uso de estos recursos en los compromisos asumidos en el gasto. Resultado de la comparación entre el recaudo frente a los compromisos y los ingresos reconocidos frente a los compromisos, se determina el balance presupuestal, a fin de determinar si los compromisos asumidos están acordes con las posibilidades ciertas de pago, bien sea por el recaudo efectivo en cada vigencia o por la posibilidad de recaudo de los ingresos generados.

Cabe resaltar que las políticas implementadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social no han reflejado una mayor liquidez para el sector, al contrario, la intervención administrativa por parte del gobierno de varias EPS nos afectó demasiado al quedar con una deudas antiguas que se han negado a reconocer, como es Coosalud, Asmetsalud, Nueva EPS, entre otras, sin embargo, desde la Gerencia, se siguen adelantando las gestiones pertinentes y necesarias para incrementar el recaudo de cartera y controlar el gasto de la Institución.

El ejercicio realizado arroja como resultado un déficit de la operación corriente estimado en **\$ -1.709.710.923**, producto de la diferencia entre Ingresos operacionales corrientes recaudados más estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada por nivel de atención de **\$ 52.501.790.827** y Gastos Operacionales Corrientes Comprometidos de **\$ 54.211.501.750**.

Sin embargo, arroja un superávit presupuestal de \$ 27.290.381.848 como resultado de la diferencia entre el total de ingresos reconocidos (**\$ 84.600.244.196**) y el total de gastos comprometidos (**\$ 57.309.862.348**).

Indicador No. 5

RESULTADO: Con base en la información contenida en la ficha técnica del aplicativo del Ministerio de Salud para el Decreto 2193, relacionada con producción y ejecución presupuestal, a continuación, se relaciona el resultado con corte a 31 de diciembre de 2025:

Indicador No. 5	EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA (UVR)				
Formula	((gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de evaluación / número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) / (gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de vigencia objeto de evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia anterior))	2025		RESULTADO	
		Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos 2025	54.211.501,75	18,61	1.02
		Numero de UVR producida 2025	2.913.744,11		
		Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos 2024	50.176.242,05	18,16	
		Numero de UVR producida 2024	2.763.726,28		
		Estándar Exigido	≤ 0.90		
Resultado	Al realizar el cálculo de comparación se obtiene un resultado de 1.02 lo que corresponde a una Calificación Uno (1) .				
Responsable	Asesor Financiero				

ANÁLISIS: El gasto comprometido de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios de la vigencia 2025 presentó un incremento de 13,66% con relación al 2024, mientras que la producción de la institución también se incrementó en 5,43%, es decir la institución tuvo un mayor gasto referente al incremento de la producción asociado en términos reales.

Indicador No. 6

Indicador No. 6	Proporción de Medicamentos y Material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de E.S.E c) compras a través de mecanismos electrónicos
Formula	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de E.S.E c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la E.S.E por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada.
Estándar Exigido	≥ 0.7
Resultado	Calificación (0) Cero

Que, basados en la formula del indicador No.6, de la Resolución No.408 del 15 febrero de 2018, proporción de Medicamentos y Material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de E.S.E. c) compras a través de mecanismos electrónicos. La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua de la Plata Huila con Nit. 891.180.117-7 **No** realizo compras en la vigencia 2025 por ninguno de los mecanismos mencionado anteriormente lo que arroja una **calificación de (0) Cero**

En lo relacionado con el proceso de compras conjuntas (Indicador No.6 Plan de gestión 2024-2028), durante la vigencia 2025, no se ha recibido lineamiento alguno por parte de la Secretaria de Salud del Departamento del Huila, ni se ha podido llegar a una concertación del tema con los otros tres (3) hospitales de nuestro Departamento.

Es necesario citar, que este tipo de iniciativas no depende exclusivamente de la voluntad de este hospital, sino que es un trabajo conjunto de varias instituciones y liderados por el Gobierno Departamental a través de la Secretaria de Salud del Huila, por consiguiente se continuará atentos a las directrices que se imparten para el cumplimiento de dicho indicador con relación a los tres mecanismos que permite la norma para las compras de medicamentos y material médico- quirúrgico.

Indicador No. 7

Indicador No. 7	MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DE MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR
Formula	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior).
Estándar Exigido	Cero (0) o variación negativa
Resultado	Al realizar el cálculo de comparación se obtiene un resultado de Cero (0) , lo que corresponde a una calificación de Cinco (5) .
Fuente de Información	Certificación suscrita por el revisor fiscal o en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el contador
Responsable	Asesor Financiero y Revisor Fiscal

RESULTADO:

Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de Diciembre de la vigencia objeto de evaluación/(valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de Diciembre de la vigencia objeto de evaluación): \$0.

(valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de Diciembre de la vigencia objeto de evaluación)- (valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior): \$0.

ANÁLISIS: Con corte a 31 de diciembre de 2025, el Hospital no registró deuda mayor a treinta días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, lo anterior como resultado del compromiso y la política de pagar de forma inmediata los compromisos adquiridos con el personal que presta servicios de apoyo administrativo y asistencial a la entidad.

Indicador No. 8

Indicador No. 8	UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS
Formula	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la E.S.E presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación.
Estándar Exigido	4
Resultado	Cuatro (4) informes entregados; Calificación Cinco (5)
Fuente de Información	Informe de Planeación de la E.S.E, que soporte las actas de sesión de la Junta Directiva que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de las actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.
Responsable	Lideres del Proceso

Presentación de Informes utilizando la Información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS: El resultado al cierre de la vigencia 2025 es positivo por cuanto se presentaron los informes con base en los RIPS con destino a los miembros de la Junta Directiva, de los cuales ha quedado la evidencia en las respectivas Actas de Junta Directiva, arrojando una **calificación de (5) Cinco**

Se realizó, la socialización de los cuatro informes de los RIPS:

- El día 28 de Abril del año 2025 se presentó el primer informe de RIPS correspondientes a los meses de enero, febrero y marzo ante la Junta Directiva de la ESE HDSAP, la cual esta soportada en el acta de Junta 004/25 con 20 folios.
- El día 24 de Septiembre del año 2025 se presentó el segundo informe de RIPS correspondiente a los meses de abril, mayo y junio ante la Junta Directiva de la ESE HDSAP, la cual esta soportada en el acta de junta 009/25 con 39 folios
- El día 30 de octubre del año 2025 se presentó el tercer informe de RIPS correspondiente a los meses de julio, agosto y septiembre, ante la Junta Directiva de la ESE, esta soportada en el acta de junta 011/25 con 18 folios

- El día 29 de enero del año 2026 se presentó el cuarto informe de RIPS correspondiente a los meses de octubre, noviembre y diciembre ante la Junta Directiva de la ESE, esta soportada en el acta de junta 001/26 con 32 folios
- El día 27 de febrero del 2026 se presentó el consolidado informe RIPS Vigencia 2025 ante la Junta Directiva de la ESE, soportado en el acta No. 003 de 27 febrero de 2026 con 25 folios.

Indicador No. 9

Indicador No. 9	RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO		
Formula	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (Incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) /	\$ 50,381,429,95	0.88
	Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)	\$ 57.309.862,35	
Estándar Exigido	≥ 1		
Resultado	Al realizar el cálculo de comparación se obtiene un resultado de 0.88 , lo que corresponde a una Calificación Uno (1) .		
Responsable	Área Financiera		

RESULTADO: El resultado del equilibrio presupuestal con recaudos, entendido como la relación entre el valor de la ejecución de ingresos totales en la vigencia, incluyendo cuentas por cobrar de vigencias anteriores \$ 50,381,429,95 y el valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores \$ 57.309.862,35 , a 31 de diciembre de 2025 fue de 0,88.

CALIFICACIÓN: Al realizar el cálculo de comparación se obtiene un resultado de **0.88**, lo que corresponde a una calificación **Uno (1)**.

ANÁLISIS: Durante el 2025 el sector salud tuvo un retroceso en el flujo de recursos de la vigencia, fiel reflejo de las intervenciones administrativas de las EPS por parte del gobierno nacional y la desconfianza en las reformas del sistema general de seguridad social en salud, aunado al lastre que dejaron dos empresas liquidadas como fue ECOOPSOS EPS y COMFAMILIAR EPS, con un impacto financiero de \$

10.563.638.841. El resultado del indicador muestra que el total recaudado por concepto de ingresos asumió durante la vigencia 2025, el 0.88% del total de gastos comprometidos, presentando un deterioro al pasar de 0,98 en la vigencia 2024 a 0,88 en la vigencia 2025.

Cabe resaltar que las políticas implementadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, Supersalud, secretaria de salud del Huila y de la ESE HSPITAL no han reflejado una mayor liquidez para el sector y para la institución, afectando el cumplimiento de este indicador, el plan de inversiones y reposición de equipos Biomédicos. Igualmente, las diferentes áreas están comprometidas y siguen adelantando las gestiones pertinentes y necesarias para incrementar el recaudo de cartera y controlar el gasto de la Institución.

Indicador No. 10

Indicador No. 10	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LO SUSTITUYA.
Formula	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.
Estándar Exigido	Cumplimiento dentro de los términos previstos
Resultado	No cumplimiento dentro de los términos previsto, lo que arroja una calificación de cero (0)
Responsable	Lideres del proceso vinculados

ESTÁNDAR: Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.

RESULTADO: No cumplimiento dentro de los términos previstos, según publicación por parte de la superintendencia nacional de salud el día 20 de marzo de 2026

CALIFICACIÓN: Al realizar la calificación se obtiene un resultado de (No cumplimiento), lo que corresponde a una calificación de **(Cero) (0)**.

ANÁLISIS: La ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de la Plata Huila no dio cumplimiento con el reporte de información en la vigencia 2025 de acuerdo con los tiempos establecidos y normatividad vigente con el formato FT018.

Indicador No. 11

Indicador No. 11	OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004
Formula	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación
Estándar Exigido	Cumplimiento dentro de los términos previstos
Resultado	En relación con este indicador la E.S.E cumplió con los plazos establecidos en los mencionados informes de la vigencia 2025. Reflejando una clasificación de Cinco (5)
Responsable	Lideres del proceso vinculados

En relación con este indicador la E.S.E cumplió con los plazos establecidos en los mencionados informes de la vigencia 2025.

Se cuenta con las cuatro (4) actas de revisión y validación por cada uno de los trimestres presentadas ante la Secretaria de Salud Departamental en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 (Dec. 780 de 2016)

Acta No. 1: 13 Mayo de 2025

Acta No. 2: 11 Agosto de 2025

Acta No. 3: 10 Noviembre de 2025

Acta No.4: 19 Febrero de 2026

Teniendo en cuenta que a fecha de presentación del informe de gestión gerencial Resolución 408 de 2018 ante la Junta Directiva , para el indicador No. 11, el Sistema de Información Hospitalaria – SIHO no ha generado el reporte para la vigencia 2025 de la ficha para anexarla como soporte al informe.



COLOMBIA
POTENCIA DE LA VIDA

Sistema de Información Hospitalaria - SIHO
Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Ministerio de Salud y Protección Social

Entrada de Usuarios

Usuario: 4139600407

Contraseña:

San Antonio de Padua
Registro: 20260311-PR0

[Ayuda](#)
[Acercas De ...](#)
[Salir](#)

INFORMACIÓN

Para consultar el cumplimiento en la oportunidad del reporte de que trata el Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 6, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, de cada una de las ESE del País, con lo cual se da cumplimiento a lo previsto en el anexo No. 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.

Puede hacerlo a través del siguiente link:

Reporte Cumplimiento 2025

Formularios devueltos de la secretaria al hospital

Formularios del periodo 2024-12 de (4139600407) ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA de Huila - LA PLATA devueltos al Hospital el 2025/02/17

[Formularios Anuales](#)
[Formularios Semestrales](#)
[Formularios Trimestrales](#)
[Informe Semanal Fortalecimiento Capacidad Oferta IPS COVID-19](#)

[Información Mensual Fortalecimiento Capacidad Oferta IPS COVID-19](#)
[Opciones de Control](#)
[Consultas Detalladas](#)
[Tablas de Referencia](#)

[Caracterización de IPS](#)
[Manual de usuario de la aplicación](#)
[Seguimiento Concurso Gerentes](#)
[Plantillas Importación](#)

[Formularios Mensuales](#)

8.5 Gestión de Mantenimiento Hospitalario

Actividades Realizadas en Mantenimiento de la Infraestructura

✓ Cerramiento Perimetral de Aislamiento y Seguridad Sector Frontal Sede Antigua

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.



✓ 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, Iluminación del área de cubierta.



✓ Cubierta Zona de Comidas

Estructura de cubierta en el área de 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



- ✓ Inspección y reparación de cubiertas y techos (impermeabilización, goteras, filtraciones)



- ✓ Pintura preventiva de muros y estructuras metálicas

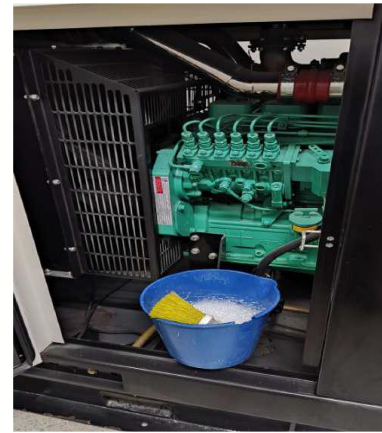
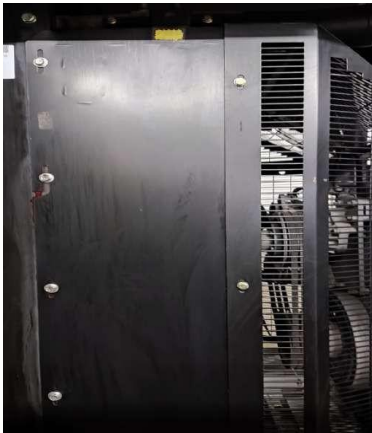


- ✓ Mantenimiento de zonas verde



Actividades Realizadas en Mantenimiento de la Dotación

✓ Mantenimiento de Plantas Eléctricas



✓ Mantenimiento de Motobombas



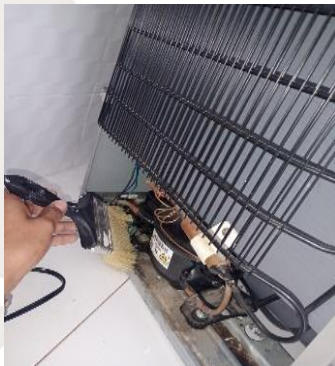
✓ Mantenimiento de UPS



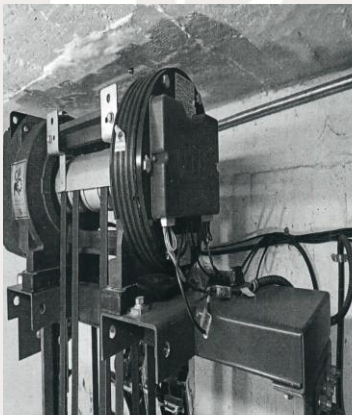
✓ Mantenimiento de Aires Acondicionados



✓ Mantenimiento Equipos de Cadena de Frio



✓ Mantenimiento de Ascensores



✓ Control de Plagas y Saneamiento



✓ Mantenimiento equipo industrial de uso hospitalario de lavadoras y secadoras



✓ Mantenimiento de Equipos Biomédicos



✓ Mantenimiento Sonido Ambiental



8.6 Gestión Ambiental

La gestión ambiental en la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, implica el manejo integral de los residuos (sólidos, peligrosos y no peligrosos), el control del consumo de energía y agua, la gestión de sustancias químicas y medicamentos, y el diseño de espacios seguros y sostenibles. Se busca minimizar los impactos negativos y optimizar el uso de recursos para asegurar la protección del medio ambiente y la salud pública.

✓ Actividades realizadas

En Septiembre se realizó encerramiento de las zonas divisorias de la institución en compañía del ejército Nacional, SSt y Planeación se llevó a cabo con limones Sewger en total se sembraron **629 metros lineales cumpliendo con el 90% del encerramiento total.**



✓ Jornadas de Capacitación

Manejo integral de residuos, Limpieza y desinfección, Control integrado de plagas, Política de Gestión Ambiental, PGIRASA



- ✓ Certificación con la Red Mundial de Hospitales Verdes



Certifica que

E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua

se ha unido como **MIEMBRO ACTIVO** en tanto ha manifestado su compromiso para reducir su huella climática y promover la salud ambiental pública, además de comprometerse a trabajar en los siguientes objetivos:

Residuos | Energía

Nick Thorp
Director de la Red Global de
Hospitales Verdes y Saludables
Salud sin Daño / Health Care Without Harm

- ✓ Incentivos y socializaciones de los procesos en las jornadas institucionales



- ✓ Lavado del tanque de agua potable



- ✓ Otras actividades realizadas

PTAR microorganismos eficientes, análisis agua potable, adecuación del cuarto de residuos, entrega de aromáticas a usuarios, reciclaje y materiales recuperados,

Apoyo campañas CAM, auditoria sanitaria, seguimiento a los programas de ahorro y uso eficiente del agua, energía y papel.

9. PROCESO DE GESTIÓN: CLINICA O ASISTENCIAL

Nuestra Gestión en Salud

La gestión en la prestación de servicios de salud en la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, es el proceso de planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos (humanos, financieros, tecnológicos) para garantizar una atención médica de calidad, segura, eficiente y equitativa. Implica la coordinación de actividades y recursos para mejorar la atención al paciente, adaptarse a las regulaciones sanitarias y optimizar los procesos operativos y financieros.

Nuestro objetivo fundamental de la gestión en salud es garantizar la eficiencia y calidad en la prestación de servicios, optimizando los recursos disponibles y asegurando que las políticas de salud se implementen de manera efectiva para mejorar el estado de salud de la población

9.1 Urgencias

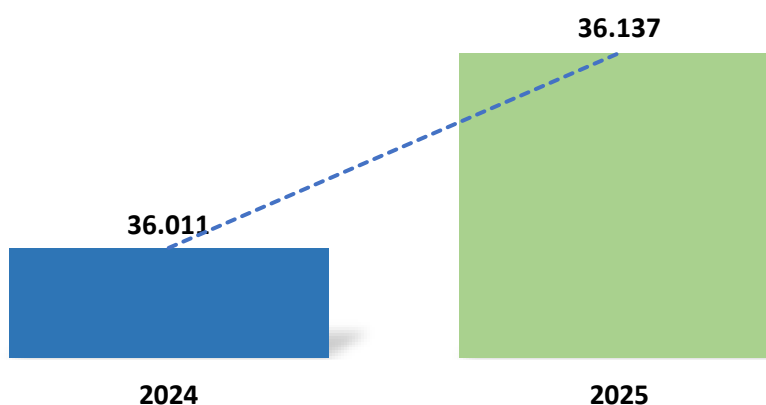
La atención de urgencias es uno de los aspectos más críticos en el sistema de salud, asegurar que los servicios de salud sean capaces de proporcionar atención integral y de calidad en todas las fases del proceso de atención, requiere tener procesos estandarizados y una evaluación continua que busque garantizar que los servicios puedan brindar una atención segura, oportuna y efectiva a las necesidades de los pacientes.

Durante el año 2025, se registró un total de 36.137 usuarios atendidos en el servicio de urgencias generales, lo que representa un promedio de 100.38 pacientes al día que recibieron estas atenciones.

IMAGEN DEL SERVICIO	SERVICIO	INDICADOR	2024	2025
	UNIDAD DE URGENCIAS	CONSULTA DE URGENCIAS	36.011	36.137
		PACIENTES EN OBSERVACIÓN	13.356	12.471
		TRIAGE	36.011	36.137

Fuente: Subgerencia Técnico Científica E.S.E HDSAP 2025

CONSULTA DE URGENCIAS 2025

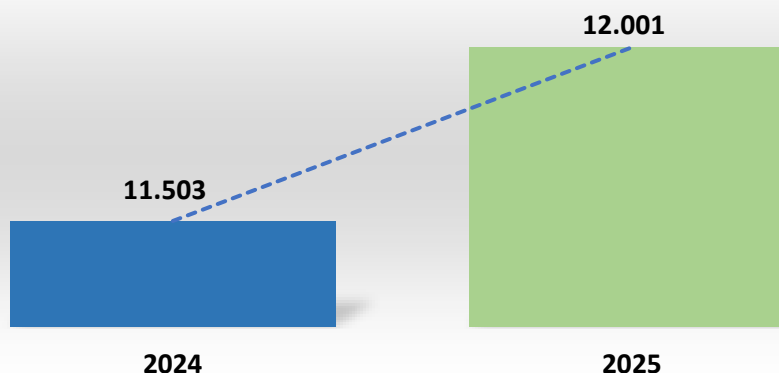


9.2 Hospitalización

IMAGEN DEL SERVICIO	SERVICIO	INDICADOR	2024	2025
	HOSPITALIZACIÓN	TOTAL, EGRESOS	11.503	12.001
		PROMEDIO DÍA ESTANCIA	2,54	2,50
		%OCUPACIONAL	131.91	137.8
		GIRO DE CAMA	17,12	17,8

Fuente: Subgerencia Técnico Científica E.S.E HDSAP 2025

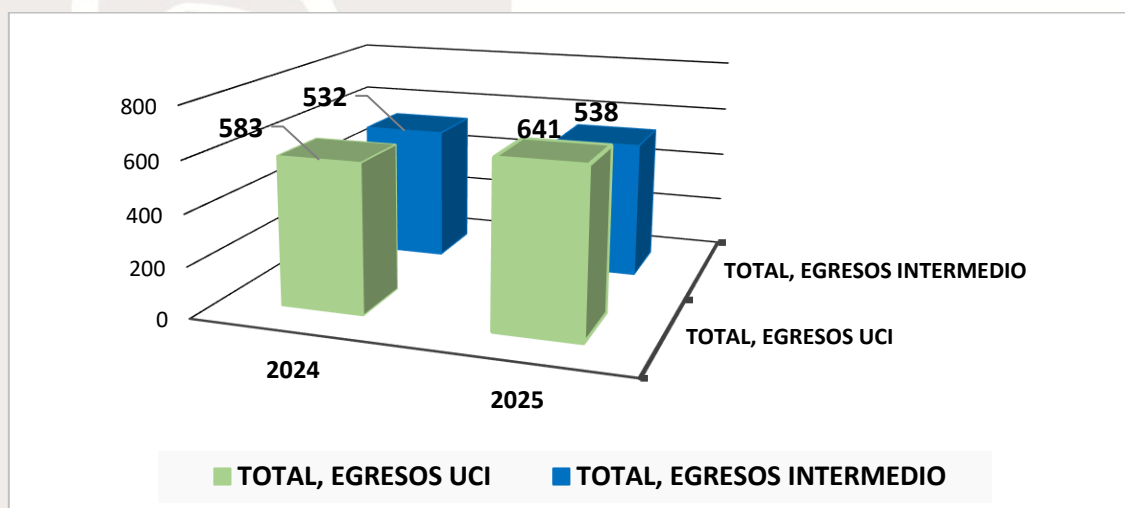
TOTAL, EGRESOS 2025



9.3 Unidad de Cuidados Intensivos

IMAGEN DEL SERVICIO	SERVICIO	INDICADOR	2024	2025
	UCI POLIVALENTE	TOTAL, EGRESOS UCI	583	641
		GIRO CAMA	5,40	5,94
		% OCUPACIÓN	46,80	52,91
		PROMEDIO DIA ESTANCIA	2,64	2,71
		TOTAL, EGRESOS INTERMEDIO	532	538
		GIRO CAMA	22,17	22,42
		% OCUPACIÓN	138,20	143,26
		PROMEDIO DIA ESTANCIA	1,88	1,99

Fuente: Subgerencia Técnico Científica E.S.E HDSAP 2025



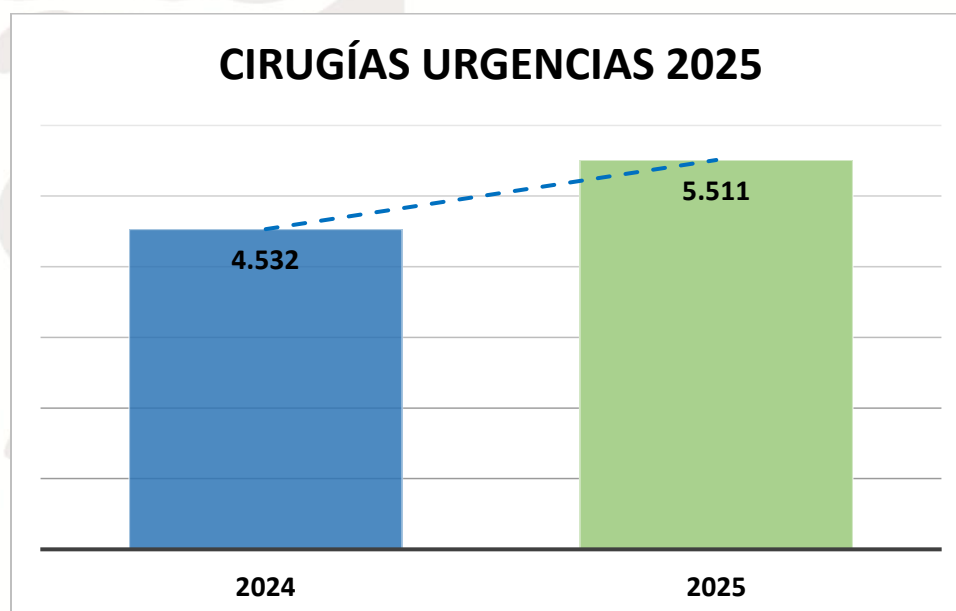
9.4 Quirófanos

En el servicio de Cirugía se encarga de brindar una atención oportuna, segura, continua, integral, pertinente y humanizada, mediante la organización del recurso humano y físico, para mantener, recuperar y/o mejorar las condiciones de salud del usuario durante el desarrollo del proceso Quirúrgico.

Actualmente contamos con la disponibilidad de 2 Salas de Cirugías la cual una está asignada para procedimientos de urgencias y la segunda sala para cirugía programada, 1 sala de recuperación y 10 camillas de recuperación.

IMAGEN DEL SERVICIO	SERVICIO	INDICADOR	2024	2025
	SALAS DE CIRUGIA	CIRUGÍAS ELECTIVAS (Procedimientos)	1.801	1.315
		CIRUGÍAS URGENCIAS (Procedimientos)	4.532	5.511
	SALA DE PARTOS	PARTO POR CESAREA	732	649
		PARTO VAGINAL	691	671

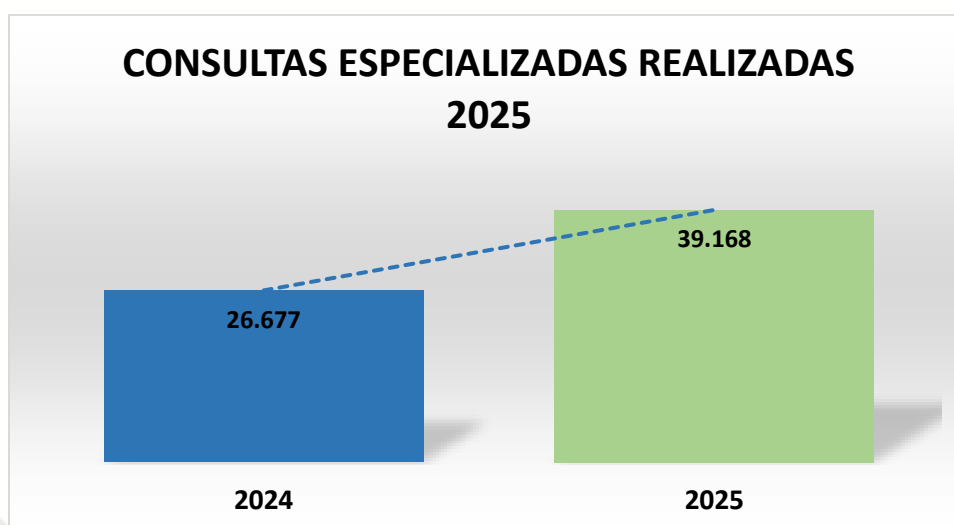
Fuente: Subgerencia Técnico Científica E.S.E HDSAP 2025



9.5 Consulta Externa

IMAGEN DEL SERVICIO	SERVICIO	INDICADOR	2024	2025
	SERVICIOS AMBULATORIO	CONSULTAS ESPECIALIZADAS REALIZADAS	26.677	39.168

Fuente: Subgerencia Técnico Científica E.S.E HDSAP 2025

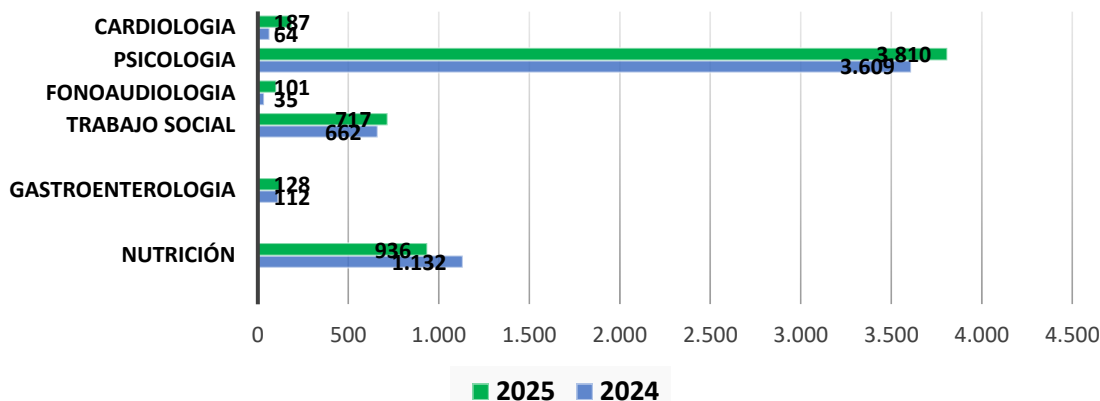


Otras Consultas

IMAGEN DEL SERVICIO	SERVICIO	INDICADOR	2024	2025
 	CONSULTA EXTERNA	NUTRICIÓN	1.132	936
		GASTROENTEROLOGIA	112	128
		TRABAJO SOCIAL	662	717
		FONOAUDIOLOGIA	35	101
		PSICOLOGIA	3.609	3.810
		CARDIOLOGIA	64	187

Fuente: Subgerencia Técnico Científica E.S.E HDSAP 2025

OTRAS CONSULTAS 2025



9.6 Apoyo diagnóstico

IMAGEN DEL SERVICIO	SERVICIO	INDICADOR	2024	2025
	APOYO DIAGNOSTICO A/H	LABORATORIO CLINICO	198.153	189.753

Fuente: Subgerencia Técnico Científica E.S.E HDSAP 2025

LABORATORIO CLINICO 2025

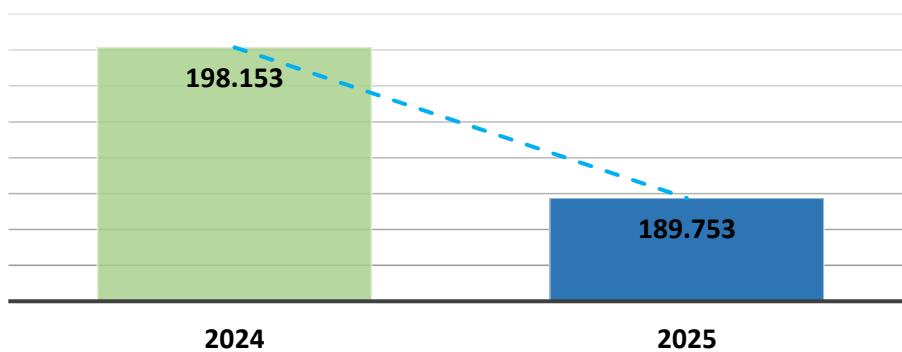


IMAGEN DEL SERVICIO	SERVICIO	INDICADOR	2024	2025
	APOYO DIAGNOSTICO A/H	RADIOLOGIA CONVENCIONAL	44.561	50.939

Fuente: Subgerencia Técnico Científica E.S.E HDSAP 2025

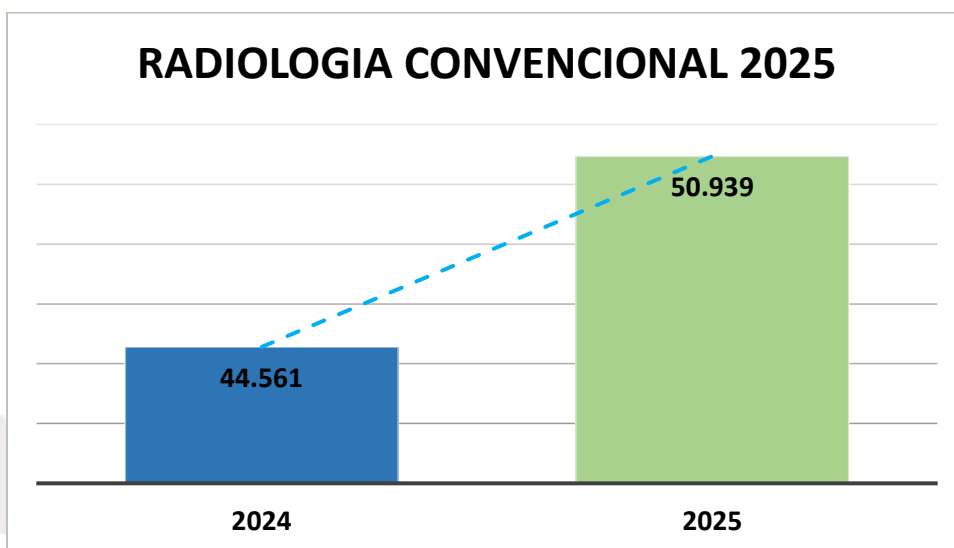


IMAGEN DEL SERVICIO	SERVICIO	INDICADOR	2024	2025
	APOYO DIAGNOSTICO A/H	ULTRASONIDO ECOGRAFIAS	19.605	20.962

Fuente: Subgerencia Técnico Científica E.S.E HDSAP 2025



ULTRASONIDO ECOGRAFIAS 2025

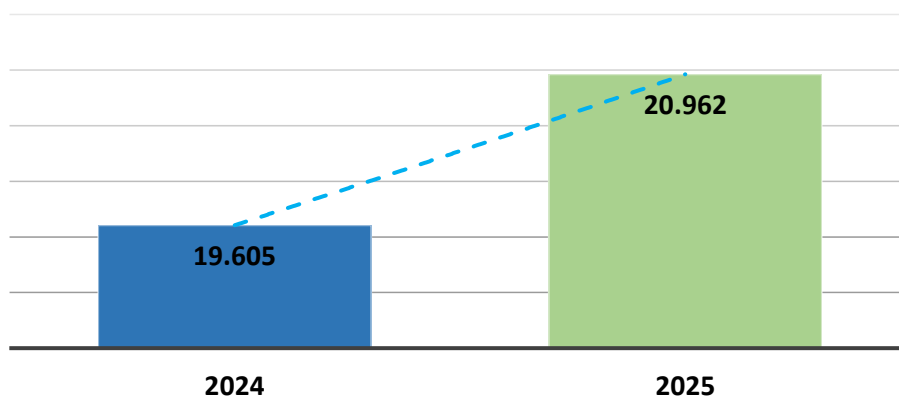
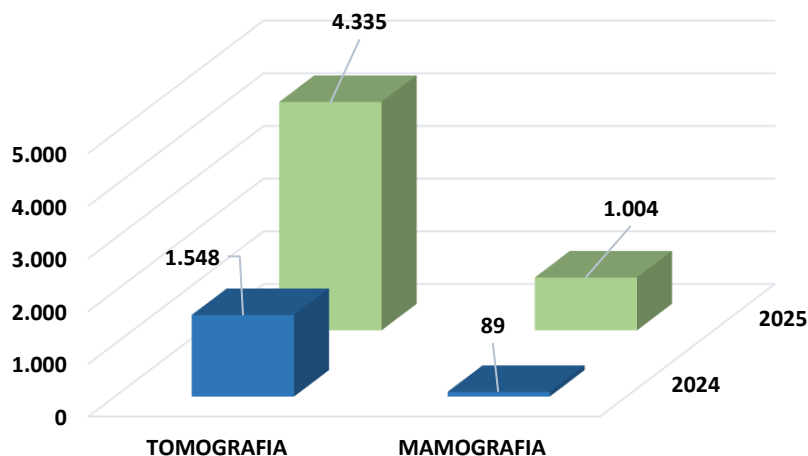


IMAGEN DEL SERVICIO	SERVICIO	INDICADOR	2024	2025
	APOYO DIAGNOSTICO A/H	TOMOGRAFIA	1.548	4.335
		MAMOGRAFIA	89	1.004

Fuente: Subgerencia Técnico Científica E.S.E HDSAP 2025

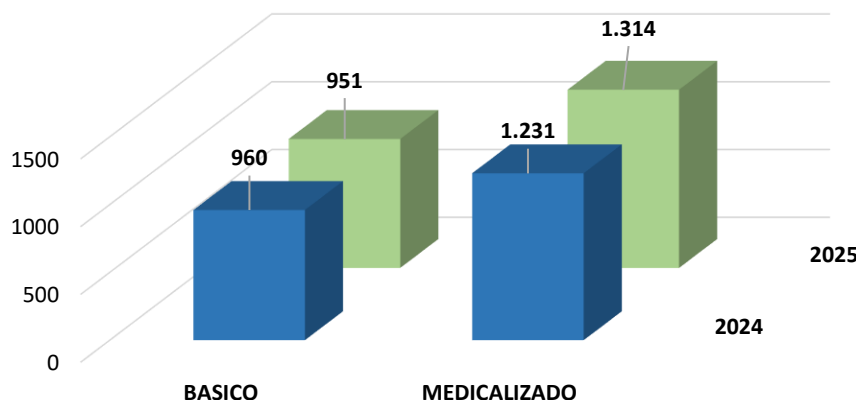
TOMOGRAFIA Y MAMOGRAFIA 2025



9.7 Referencia

IMAGEN DEL SERVICIO	SERVICIO	INDICADOR	2024	2025
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	BASICO	960	951
		MEDICALIZADO	1.231	1.314

TRASLADO BASICOS Y MEDICALIZADOS 2025



9.9 Producción Académica Institucional

Con éxito llevamos a cabo el nuestro 2º Simposio Institucional de Manejo del Trauma, una jornada enriquecedora en la contamos con la participación de destacados profesionales de la salud, quienes compartieron su experiencia y conocimientos para fortalecer nuestras capacidades en la atención del trauma.



GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%

Indicador No. 12

EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNO HIPERTENSIVOS EN GESTANTES	
Fórmula Del Indicador	Numerador: número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en vigencia objeto evaluación. Denominador: total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación.
Área De Gestión	Gestión clínica o asistencial
Responsable	Comité de Historias Clínicas
Fuente De Información	Ficha técnica del Ministerio de Salud y protección social, basadas en la resolución 408 de 2018, anexo 2 indicadores gestión clínica o asistencial.
Meta Estándar anual	≥80%
Resultado 2025	84%
Análisis De Resultados	Para este indicador se auditaron historias clínicas al azar con una muestra representativa de 100 del total, teniendo en cuenta formula de la contraloría de un total de historias clínicas 143, registradas con trastornos hipertensivos en el embarazo para el año 2025, filtrados en sistema dinámica gerencial con diagnósticos cie10 O100 – O104 – O109 – O13X – O16X; donde encontramos un comportamiento de adherencia a la guía de práctica clínica de trastorno hipertensivo en el embarazo de un 84%, donde se identifican que se generan fallas en registro de por lo menos 2 tensiones arteriales al momento de identificación de trastorno hipertensivo del embarazo, la no clasificación del trastorno hipertensivo, aclarando que se realiza manejo pertinente, además la inoportunidad de reporte de paraclínicos.
Cumplimos La Meta	Cumplimiento del estándar durante la vigencia evaluada 2025 con un 84% , lo que arroja una Calificación de Cinco (5)
COMPARATIVO DE COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR	
2024	2025
0.91	0.84

COMPARATIVO DE COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR RESOLUCIÓN 408/2018

12. ADHERENCIA A GUÍA DE MANEJO ESPECIFICA PARA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES 2024

VIGENCIA	ENERO 2025	FEBRERO 2025	MARZO 2025	ABRIL 2025	MAYO 2025	JUNIO 2025	JULIO 2025	AGOSTO 2025	SEPTIEMBRE 2025	OCTUBRE 2025	NOVIEMBRE 2025	DICIEMBRE 2025	PROMEDIO 2025
NUMERADOR: NÚMERO DE HISTORIAS CLÍNICAS AUDITADAS QUE HACEN PARTE DE LA MUESTRA REPRESENTATIVA CON APLICACIÓN Estricta de la GUÍA DE MANEJO PARA HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN LA GESTACIÓN	5	6	4	9	8	4	9	8	11	8	8	4	84,0
DENOMINADOR: TOTAL HISTORIAS CLÍNICAS AUDITADAS DE LA MUESTRA REPRESENTATIVA DE PACIENTES CON EDAD GESTACIONAL MAYOR DE 27 SEMANAS ATENDIDAS EN LA ESE CON DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DEL III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN LA GESTACIÓN EN LA VIGENCIA OBJETO DE EVALUACIÓN	6	7	5	10	9	4	11	10	13	10	10	5	100,0
	0,83	0,86	0,80	0,90	0,89	1,00	0,82	0,80	0,85	0,80	0,80	0,80	0,84

Para esta vigencia se evaluó trastorno hipertensivo en el embazo para dar cumplimiento a la resolución 408 de 2018, teniendo en cuenta que es la patología de alto riesgo obstétrico más frecuente. Se realiza auditoria mensual identificando adherencia a Resolución 3280/2018 - Ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal, GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio min salud 2013 - guías no. 11-15 - trastorno hipertensivo del embarazo adoptadas y socializada según la resolución 025 de 2025 al personal asistencial de La ESE Hospital departamental san Antonio de Padua y donde cada mes se realiza seguimiento y control con planes de mejoramiento cuando el indicador lo requiera o su cumplimiento de menor al 80%.

En resolución 408 de 2018 se estipula como meta estandarizada ≥ 0.80 , obteniendo como resultado en la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA para la vigencia 2025: **0,84**, con lo cual se da cumplimiento a estándar para evaluación de aplicación de guía de manejo específica para trastorno hipertensivo en gestantes, de los 143 casos presentados, con muestra significativa auditada de 100 casos para la vigencia.

Se aclara que los casos en los que no se presentó adherencia estricta de la guía de manejo para diagnóstico de trastornos hipertensivos en la gestación fueron secundarios a no reporte oportuno de paraclínicos, no registro toma de tensión arterial en 2 oportunidades al momento del diagnóstico y no clasificación de trastorno hipertensivo, sin evidenciarse en estos casos complicaciones.

Resultados presentados con periodicidad mensual en comité de historias clínicas. Se genera informe que contiene base de datos obtenida de Dinámica Gerencial.

Indicador No. 13

EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA	
Fórmula Del Indicador	Numerador: Numero de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación. Denominador: Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación.
Área De Gestión	Gestión clínica o asistencial
Responsable	Comité de Historias Clínicas
Fuente De Información	Ficha técnica del Ministerio de Salud y protección social, basadas en la resolución 408 de 2018, anexo 2 indicadores gestión clínica o asistencial.
Meta Estándar anual	$\geq 80\%$
Resultado 2025	96%
Análisis De Resultados	Teniendo en cuenta perfil epidemiológico institucional (bajo resolución 034/2025), como primera causa se determinó para análisis en el año 2025 dengue. Para este indicador se tomó una muestra significativa atendiendo a formula de contraloría, de 24 historias clínicas al azar de 26 egresos de la vigencia 2024 con diagnósticos de dengue determinado como el principal diagnóstico de egreso institucional, donde se realiza auditoria para verificar el completo diligenciamiento y adherencia a la Protocolo De Vigilancia En Salud Publica Dengue. Versión 07_2024, teniendo en cuenta lista de chequeo de evaluación de ministerio de salud y

	protección social; esto con el fin de dar cumplimiento a la resolución 408 de febrero de 2018. Donde se evidencia la debilidad en el registro de prueba de torniquete, gasto urinario, de lo cual se realiza retroalimentación inmediata ante hallazgos. Se socializa la auditoria al servicio para que se continúe con la completa adherencia a la guía de práctica clínica.
Cumplimos La Meta!	Cumplimiento del estándar durante la vigencia evaluada 2025 con un 96% , lo que arroja una Calificación de Cinco (5)
COMPARATIVO DE COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR	
2024	2025
0.89	0.96

COMPARATIVO DE COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR RESOLUCIÓN 408/2018
EVALUACIÓN GUÍA DE MANEJO PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE
MORBILIDAD ATENDIDA - ATENCIÓN DE PARTO-2024

	ENERO 2025	FEBRERO 2025	MARZO 2025	ABRIL 2025	MAYO 2025	JUNIO 2025	JULIO 2025	AGOSTO 2025	SEPTIEMBRE 2025	OCTUBRE 2025	NOVIEMBRE 2025	DICIEMBRE 2025	PROMEDIO 2025
NUMERADOR: "Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación"	5	4	2	1	2	1	1	5	0	0	2	0	1.91
DENOMINADOR "Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación"	6	4	2	1	2	1	1	5	0	0	2	0	2.0
	0,83	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0	0	1,00	0	0,96

Teniendo en cuenta perfil epidemiológico institucional (bajo resolución 034/2025), como primera causa se determinó para análisis en el año 2025 dengue.

Para este indicador se tomó una muestra significativa atendiendo a formula de contraloría, de 24 historias clínicas al azar de 26 egresos de la vigencia 2024 con diagnósticos de dengue determinado como el principal diagnóstico de egreso institucional, donde se realiza auditoria para verificar el completo diligenciamiento y adherencia a la Protocolo De Vigilancia En Salud Publica Dengue. Versión 07_2024, teniendo en cuenta lista de chequeo de evaluación de ministerio de salud y protección social; esto con el fin de dar cumplimiento a la resolución 408 de febrero de 2018.

Dando cumplimiento a la resolución 408 de 2018, se realiza auditoria mensual con base en el protocolo De Vigilancia En Salud Publica Dengue. Versión 07_2024, y, teniendo en cuenta lista de chequeo de evaluación de ministerio de salud y protección social de manera mensual se realiza seguimiento y control con planes de mejoramiento cuando el indicador lo requiera o su cumplimiento de menor al 80%.

En resolución 408 de 2018 se estipula como meta estandarizada ≥ 0.80 , obteniendo como resultado en la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PASDUA para la vigencia 2025: **0,96**, con la cual se da cumplimiento a estándar para evaluación de aplicación de protocolo para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario, la cual corresponde a dengue, registrando 26 atenciones presentadas para la vigencia.

Se aclara que los casos en los que no se presentó adherencia estricta a protocolo de manejo para diagnóstico de dengue fueron secundarios a no registro de prueba de troniquete, indagatoria de red familiar, antecedentes de dengue, monitoreo de signos vitales (TA, FC, llenado capilar . FR) entre 1 - 4 horas como mínimo, las primeras 48 horas de hospitalización, registro de gasto urinario.

Resultados presentados con periodicidad mensual en comité de historias clínicas. Se genera informe que contiene base de datos obtenida de Dinámica Gerencial.

Indicador No. 14

OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA	
Fórmula Del Indicador	Numerador: número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realiza apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnostico en la vigencia objeto de la evaluación. Denominador: total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de la evaluación.
Área De Gestión	Gestión clínica o asistencial
Responsable	Subgerencia científica
Fuente De Información	Ficha técnica del Ministerio de Salud y protección social, basadas en la resolución 408 de 2018, anexo 2 indicadores gestión clínica o asistencial.
Meta Estándar anual	$\geq 90\%$
Resultado 2025	98%
Análisis De Resultados	Realizamos auditoria de las historias clínicas con diagnósticos de apendicetomía; donde buscamos identificación de oportunidad dando cumplimiento a la resolución 408/2018 (tiempo desde el diagnostico hasta el procedimiento de apendicetomía).

	Para el año 2025 se auditaron el 100% de las historias clínicas (362) con diagnósticos de apendicitis, donde evidenciamos que al 98% de los casos, se les realizó apendicetomía oportunamente. Se realiza análisis del caso que se demoras por la realización del procedimiento quirúrgico donde se evidencia que fue secundario a ocupación de sala por emergencias y 1 caso por estabilización de paciente ante múltiples comorbilidades.
Cumplimos La Meta!	Cumplimiento del estándar durante la vigencia evaluada 2025 con un 98% , lo que arroja una Calificación de Cinco (5)
COMPARATIVO DE COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE AÑOS ANTERIORES	
2024	2025
99%	98%

COMPARATIVO DE COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR RESOLUCIÓN 408/2018 OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN APENDICETOMÍA – 2024

	ENERO 2025	FEBRERO 2025	MARZO 2025	ABRIL 2025	MAYO 2025	JUNIO 2025	JULIO 2025	AGOSTO 2025	SEPTIEMBRE 2025	OCTUBRE 2025	NOVIEMBRE 2025	DICIEMBRE 2025	PROMEDIO 2025
NUMERADOR: Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realiza apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación.	41	37	33	33	27	28	23	21	27	39	18	27	29,5
DENOMINADOR: total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de la evaluación.	42	37	36	34	28	28	23	22	27	39	19	27	30,2
	0,96	1,00	1,00	0,95	0,92	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,98

Para esta vigencia se evaluó el protocolo para el manejo de apendicitis en adultos cumpliendo con la resolución 408 de 2018, identificando oportunidad una vez se genere diagnóstico de apendicitis e identificando tiempo transcurrido hasta procedimiento quirúrgico. Se realiza seguimiento y control mensual con planes de mejoramiento cuando el indicador lo requiera o su cumplimiento de menor al 90%.

En resolución 408 de 2018 se estipula como meta estandarizada ≥ 0.90 , obteniendo como resultado en la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PASDUA para la vigencia 2024: **0,98**, con lo cual se da cumplimiento a estándar para Oportunidad en la realización de apendicetomía, de los 362 casos presentados para la vigencia.

Se aclara que los casos en los que no se presentó oportunidad para realización de apendicetomía, registrados durante los meses de enero, marzo, abril, mayo, agosto y noviembre fueron secundarios a ocupación de salas de cirugía por

emergencias y estabilización de paciente ante otras comorbilidades, sin evidenciarse en estos casos complicaciones.

Resultados presentados con periodicidad mensual en comité de historias clínicas. Se genera informe que contiene base de datos obtenida de Dinámica Gerencial.

Indicador No. 15

NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRA-HOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL	
Fórmula Del Indicador	Numerador: Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación y (número de pacientes pediátricos con neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación. Denominador: número de pacientes pediátricos con neumonías bronco – aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)
Área De Gestión	Gestión clínica o asistencial
Responsable	Médico Auditor de calidad
Fuente De Información	Ficha técnica del Ministerio de Salud y protección social, basadas en la resolución 408 de 2018, anexo 2 indicadores gestión clínica o asistencial.
Meta Estándar anual	Cero o Variación Negativa.
Resultado 2025	1%
Análisis De Resultados	En resolución 408 de 2018 se estipula como meta estandarizada variación 0 o variación negativa, obteniendo como resultado en la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA para la vigencia 2025: 1 , teniendo en cuenta que se presentó 1 caso paciente con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y además genera variación interanual con variación positiva, con el que se genera incumplimiento este indicador. Resultados presentados con periodicidad mensual en comité de historias clínicas. Se genera informe que contiene base de datos obtenida de Dinámica Gerencial.
Cumplimos La Meta!	Incumplimiento del estándar durante la vigencia evaluada 2025 con un 1% de eventos de neumonías-broncoaspirativas de origen intrahospitalario en pacientes Pediátricos, lo que arroja una Calificación de Cero (0) .
COMPARATIVO DE COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE AÑOS ANTERIORES	
2024	2025
0	1

NUMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍA BRONCO ASPIRATIVA													
	ENERO 2025	FEBRERO 2025	MARZO 2025	ABRIL 2025	MAYO 2025	JUNIO 2025	JULIO 2025	AGOSTO 2025	SEPTIEMBRE 2025	OCTUBRE 2025	NOVIEMBRE 2025	DICIEMBRE 2025	TOTAL 2025
NUMERADOR: Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación y (número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
DENOMINADOR número de pacientes pediátricos con neumonías bronco – aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
RESULTADOS	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1

En resolución 408 de 2018 se estipula como meta estandarizada variación 0 o variación negativa, obteniendo como resultado en la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PASDUA para la vigencia 2025: 1, con la cual no se logra cumplimiento a estándar de número de pacientes con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual, registrando 1 caso para la vigencia.

Se aclara que para vigencia anterior no se presentaron casos de neumonías bronco-aspirativas en pacientes pediátricos, por lo que se genera una variación positiva.

Indicador No. 16

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM)	
Fórmula Del Indicador	Numerador: Numero pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio, a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación. Denominador: Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.
Área De Gestión	Gestión clínica o asistencial
Responsable	Comité De Historias Clínicas

Fuente De Información	Ficha técnica del Ministerio de Salud y protección social, basadas en la resolución 408 de 2018, anexo 2 indicadores gestión clínica o asistencial.
Meta Estándar anual	≥90%
Resultado 2025	100%
Análisis De Resultados	Esta auditoria nos permite evaluar, los criterios para el diagnóstico y tratamiento, además evaluamos las acciones individuales del médico e identificamos oportunidades de mejora, se auditaron la totalidad de historias clínicas con diagnósticos de infarto agudo de miocardio 177, donde evidenciamos se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en el 100% de los pacientes, dando cumplimiento con lo establecido en el protocolo institucional y directrices de la resolución 408 de 2018.
Cumplimos La Meta!	Cumplimiento del estándar durante la vigencia evaluada 2025 con un 100% , lo que arroja una Calificación de Cinco (5)
COMPARATIVO DE COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE AÑOS ANTERIORES	
2024	2025
100%	100%

COMPARATIVO DE COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR RESOLUCIÓN 408/2018

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECIFICA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EGRESO DE IAM - 2024

	ENERO 2025	FEBRERO 2025	MARZO 2025	ABRIL 2025	MAYO 2025	JUNIO 2025	JULIO 2025	AGOSTO 2025	SEPTIEMBRE 2025	OCTUBRE 2025	NOVIEMBRE 2025	DICIEMBRE 2025	PROMEDIO 2025
NUMERADOR: Numero pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio, a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación.	18	16	12	16	25	14	13	10	14	16	9	13	176
DENOMINADOR: Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.	19	16	12	16	25	14	13	10	14	16	9	13	177
	0,95	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

En resolución 408 de 2018 se estipula como meta estandarizada ≥ 0.90 , obteniendo como resultado en la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA para la vigencia 2025: **1,0**, con lo cual se da cumplimiento a estándar para Oportunidad en la atención específica de pacientes con IAM a quienes se les inicio terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para IAM dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico de los 177 casos presentados para la vigencia.

Se aclara que una vez se da diagnóstico de IAM de manera inmediata se inicia manejo dando cumplimiento a guía de manejo.

Resultados presentados con periodicidad mensual en comité de historias clínicas. Se genera informe que contiene base de datos obtenida de Dinámica Gerencial

Indicador No. 17

La oficina de epidemiología de la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA, certifica que para el periodo comprendido entre el 01-01-2025 al 31-12-2025 se presentaron 31 muertes mayores de 48 horas.

TASA DE MORTALIDAD MAYOR DE 48 HORAS ENERO-DICIEMBRE-2025: $31/12124 \times 1000 = 2.55 \times 1000$. 31 muertes de ENERO-DICIEMBRE-2025 en (12.124) Total de egresos hospitalarios.

A continuación, tenemos la tabla de casos por mes.

MES	CASOS	EGRESOS	INDICADOR
ENERO	1	1003	3.98%°
FEBRERO	3	910	3.3%°
MARZO	4	970	4.1%°
ABRIL	1	1113	0.9%°
MAYO	2	1111	1.8%°
JUNIO	2	1085	1.8%°
JULIO	3	1076	2.8%°
AGOSTO	7	1058	6.6%°
SEPTIEMBRE	1	961	1.04%°
OCTUBRE	3	976	3.07%°
NOVIEMBRE	2	950	2.1%°
DICIEMBRE	2	911	2.2%°
	31	12.124	2.5%°

Fuente: Coordinación de Epidemiología

Indicador No. 17	ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA
Formula	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación
Estándar Exigido	≥ 0.9
Resultado	Cumplimiento del estándar durante la vigencia evaluada 2025 con un 100%, lo que arroja una Calificación de Cinco (5)
Responsable	Líder Epidemiología

Indicador No. 18

Indicador No. 18	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA
Formula	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre en la fecha en la que se asignó la cita pediátrica de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación
Estándar Exigido	≤ 5
Resultado	Cumplimiento del estándar durante la vigencia evaluada 2025 con 2.99 días en el tiempo promedio de espera para la asignación de cita Pediátrica, lo que arroja una Calificación de cinco (5)
Responsable	Subgerencia Técnico Científica

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025													
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ANUAL
NUMERADOR	818	906	1080	1027	1221	1006	1874	1738	1088	1251	1322	1534	14865
DENOMINADOR	282	263	322	430	419	306	537	461	569	442	454	487	4972
RESULTADOS	2,90	3,44	3,35	2,39	2,91	3,29	3,49	3,77	1,91	2,83	2,91	3,15	2,99

Fuente: Subgerencia técnico científica E.S.E HDSAP 2025

Indicador No. 19

Indicador No. 19	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA.
Formula	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación/ Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.
Estándar Exigido	≤ 8
Resultado	Cumplimiento del estándar durante la vigencia evaluada 2025 con 3.1 días en el tiempo promedio de espera para la asignación de cita Obstetricia, lo que arroja una Calificación de cinco (5)
Responsable	Subgerencia Técnico Científica

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025													
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ANUAL
NUMERADOR	397	299	446	380	455	556	642	719	602	754	658	658	6566
DENOMINADOR	107	92	120	175	185	166	171	193	298	211	213	200	2131
RESULTADOS	3,71	3,25	3,72	2,17	2,46	3,35	3,75	3,73	2,0	3,6	3,1	3,3	3,1

Fuente: Subgerencia técnico científica E.S.E HDSAP 2025

Indicador No. 20

Indicador No. 20	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA
Formula	Sumatoria de la diferencia de 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 en la vigencia objeto de evaluación / Numero de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.
Estándar Exigido	≤ 15
Resultado	Cumplimiento del estándar durante la vigencia evaluada 2025 con 6.83 días en el tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna, lo que arroja una Calificación de cinco (5)
Responsable	Subgerencia Técnico Científica

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025													
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ANUAL
NUMERADOR	1864	1727	1772	1897	1530	1622	2691	2530	2444	2530	3154	1642	25403
DENOMINADOR	298	315	330	322	325	261	356	267	334	345	304	261	3718
RESULTADOS	6,26	5,48	5,37	5,89	4,71	6,21	7,56	9,48	7,32	7,33	10,38	6,29	6,83

Fuente: Subgerencia técnico científica E.S.E HDSAP 2025

11. PROCESOS: TRANSVERSALES

11.1 Talento humano

La gestión del talento humano de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, incluye la selección, inducción y el desarrollo de personal para asegurar la calidad de la atención al paciente. Se centra en atraer, motivar y capacitar a los colaboradores, promoviendo su bienestar y crecimiento profesional a través de programas de aprendizaje, desarrollo de habilidades, mejora de las condiciones laborales y reconocimiento.

✓ Actividades Realizadas

Plan Anual de Capacitaciones

Las capacitaciones se realizan en jornadas quincenales, específicamente los jueves, con una frecuencia de dos sesiones por mes. Cada jornada tiene una duración promedio de 3 horas y se imparte bajo modalidad presencial.

El **Plan de Capacitaciones** presentó un avance del 95% al cierre de 2025. La ejecución del programa se mantiene dentro del cronograma establecido, considerando que la única jornada no realizada responde a una causa institucional justificada (auditoría de la Secretaría de Salud).



✓ Actividades de Bienestar Social Personal de Planta

Día de las profesiones u oficios, Día de la familia, Apoyo educativo primer semestre, Día de San Antonio, Actividad lúdica fuera del hospital, Actividad Lúdica Cultural, Salida lúdica fuera del departamento, Talleres, Apoyo educativo segundo semestre, Cumpleaños.

ACTIVIDADES REALIZADAS
ACTIVIDADES PROGRAMADAS

$$\frac{11}{11} = 100 \% \text{ Ejecución de Bienestar Social}$$

✓ Códigos de Integridad - Conflicto de Interés

- Socialización de los principios y valores que fundamentan el Código de Integridad
- Sensibilización a los funcionarios sobre la identificación, prevención y manejo adecuado de posibles conflictos de interés en el ejercicio de sus funciones.
- Fortalecimiento la cultura organizacional basada en la ética pública y el servicio transparente hacia la ciudadanía



✓ Cumplimiento del proceso de Inducción

Durante el año 2025 se desarrolló el proceso de inducción institucional, orientado a brindar a los colaboradores nuevos los conocimientos necesarios para integrarse adecuadamente a la organización, comprender la cultura institucional y garantizar el cumplimiento de las normas internas.

El proceso de inducción se aplicó a todos los colaboradores que ingresaron entre enero y diciembre de 2025, incluyendo personal administrativo, asistencial, operativo, contratistas y personal en misión.



11.2 Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo



Durante el periodo comprendido entre el mes de enero y diciembre del 2025 se ejecutaron actividades importantes orientadas a la prevención de riesgos laborales, el fortalecimiento del Sistema de Gestión de SST y la preparación ante emergencias, de la Institución as actividades realizadas permiten mejorar las condiciones de trabajo, promover el autocuidado, minimizar los accidentes de trabajo y enfermedades laborales, incrementar la capacidad de respuesta frente a una emergencia.

Principales Actividades Ejecutadas

✓ Capacitación y Pausas activas a los colaboradores

Se realizaron 26 capacitaciones enfocado en los siguientes temas:

✓ Riesgo Biomecánico

- Prevención de lesiones osteomusculares por traumas acumulativos

- Manejo de video terminales (brazos)
- Manipulación de cargas
- Importancia de las pausas activas
- Manipulación de pacientes,
- Prevención de at por sobre esfuerzos
- Posturas forzadas
- Movimientos repetitivos
- Técnicas para reducir el riesgo ergonómico
- Riesgos ergonómicos por empuje y arrastre de objetos o cargas

✓ **Riesgo Biológico**

- Manejo de cortopunzantes
- Prevención y control del riesgo biológico
- Normas de bioseguridad (manual de bioseguridad)
- Formación al personal en cómo actuar en caso de accidente por riesgo biológico.

✓ **Riesgo Psicosocial**

- Comunicación asertiva
- Habilidades - la magia de comunicarnos bien
- Habilidades - equipos efectivos de trabajo
- Técnicas para regular el estrés
- Prevención del acoso laboral
- Prevención de alcoholismo y drogadicción
- Diferencias entre medicación y drogadicción

✓ **Riesgo Locativo**

- Pautas generales para orden y aseo
- Prevención de accidentes por caídas a nivel.

✓ **Riesgo Radiación Ionizante**

- Concientización en radio protección

✓ **Riesgo Trabajo en Alturas**

- Abordaje del sistema de trabajos seguro para tareas de alto riesgo.

✓ **Riesgo Seguridad Vial**

- Procesos de sensibilización, formación y entrenamiento a los actores viales

✓ **Programas de Prevención**

- Campañas de promoción de la salud: pausas activas, control postural, día de la bicicleta y carrera de los 5 kilómetros manejo del estrés, normas de bioseguridad.
- Actualización de los procedimientos de trabajo seguro (PTS)
- Actualización Protocolo de necesidades de los colaboradores y acoso sexual de acuerdo con la Ley 2365 de junio del 2024.
- Se realiza Proceso de inducción en SST.



✓ Pausas Activas



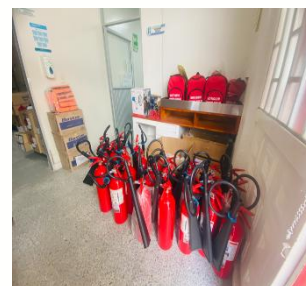
✓ Actividad Normas de bioseguridad

- Socialización reporte accidente de trabajo por riesgo biológico
- Socialización política de SG-SST
- Capacitación uso de EPP



Riesgo de Emergencias

- Manejo de extintores (prevención y control del fuego)
- Formación integral de emergencias al personal de referencia y contra referencia y brigadistas. primeros auxilios, control del fuego y técnicas de evacuación y rescate.



✓ Seguridad Vial

- Se capacito a los conductores y personal de la institución sobre seguridad vial.
- Se participo de manera activa de a los comités de seguridad vial del municipio.
- Se da inicio al cumplimiento del programa de seguridad vial de acuerdo con la resolución 40595-de-2022.
- Elaboración matriz de riesgos viales.



11.3 Atención al Usuario

El proceso de participación social en salud y la participación ciudadana, desde la Oficina de Atención al Usuario, son elementos clave para la mejora continua del sistema de salud y la promoción de la equidad en el acceso a servicios. La Oficina de Atención al Usuario, como un espacio Institucional de cercanía entre los usuarios y el sistema de salud, juega un papel fundamental en la recepción de inquietudes, sugerencias y demandas de la población, sirviendo de puente entre las necesidades de los ciudadanos y las políticas de salud públicas.

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua entiende el servicio al ciudadano(a) como la razón de ser para brindar un servicio de calidad y humano que responda a las necesidades y expectativas del usuario en pro del mejoramiento continuo y la atención segura garantizando su bienestar individual y colectivo.

La actividad Atención y Orientación al Usuario, hace referencia a la escucha activa y atenta al usuario, su familia y/o partes interesadas, solicitando información adicional si es necesario, con el fin de entregar la respuesta o el servicio según lo solicitado, para lo cual se hace uso de la información, normatividad vigente, herramientas, mecanismos disponibles, contactando funcionarios de otros servicios, personal o telefónicamente; buscando apoyo en otras entidades cuando esto fuere necesario, sensibilizando sobre los procesos a seguir y ofreciendo otras alternativas, cuando no sea posible resolver la necesidad del usuario o responder satisfactoriamente a su requerimiento.

Consolidado de PQRSF

CONSOLIDADO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES VEGENCIA 2025														
MANIFESTACIONES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	%
PETICIONES	3	2	0	1	4	4	1	2	4	2		1	24	6%
QUEJAS	15	9	20	16	15	27	24	13	25	17	19	20	220	54%
RECLAMOS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0			1	0%
SUGERENCIAS	0	2	2	9	1	2	0	0	0	2			18	4%
FELICITACIONES	13	11	28	13	11	10	6	15	22	1	6	8	144	35%
TOTAL	31	24	50	39	31	43	31	30	52	22	25	29	407	100%
PORCENTAJE	8%	6%	12%	10%	8%	11%	8%	7%	13%	5%	6%	7%		

Fuente: Oficial SIAU ESE Hospital San Antonio de Padua La Plata Huila

Factores de Calidad

FACTORES DE LAS PQRSF VEGENCIA 2025														
FACTORES DE LA PQRSF	Nº PQRSF ENERO	Nº PQRSF FEBRERO	Nº PQRSF MARZO	Nº PQRSF ABRIL	Nº PQRSF MAYO	Nº PQRSF JUNIO	Nº PQRSF JULIO	Nº PQRSF AGOSTO	Nº PQRSF SEPTIEMBRE	Nº PQRSF OCTUBRE	Nº PQRSF NOVIEMBRE	Nº PQRSF DICIEMBRE	TOTAL	%
Accesibilidad	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0%
Oportunidad	1	0	2	0	2	5	2	2	4	3	3	3	27	6%
Pertinencia	5	3	2	4	7	13	8	7	16	8	9	8	90	26%
Información	4	3	6	5	0	6	7	5	2	2	3	3	44	23%
Continuidad	0	0	4	0	1	3	4	0	1	2	0	6	21	13%
Seguridad	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0%
Satisfacción	2	1	3	0	1	2	0	0	4	3	1	0	17	0%
Insatisfacción	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0%
Solicitudes	3	4	3	15	0	2	3	1	0	0	3	0	34	10%
Felicitaciones	2	2	1	0	7	2	1	0	1	3	0	1	20	3%
	13	11	28	13	11	10	6	15	22	1	6	8	144	19%
	31	24	50	39	31	43	31	30	52	22	25	29	407	100%

Fuente: Oficial SIAU ESE Hospital San Antonio de Padua La Plata Huila

Actividades realizadas

- ✓ Capacitaciones dirigidas a los usuarios en temáticas: carta de portafolio de servicios, derechos y deberes a los usuarios y familiares, manejo de buzón, sugerencias, quejas, peticiones, reclamos, felicitaciones, proceso de solicitud de citas.
- ✓ Socialización deberes y derechos en dialecto Nasa Yuwe
- ✓ Asambleas generales con la Asociación de usuarios de la Institución
- ✓ Seguimiento a la satisfacción global de los usuarios



Acompañamiento a Usuarios y Familiares

Durante la vigencia los acompañamientos a usuarios en diferentes procesos fueron a **9.427** usuarios; que se realizan por parte del equipo de la Oficina de Atención al Usuario realizar acompañamiento en cada proceso que adelante en la Institución y que requiera asesoría y apoyo por parte nuestra; en cuanto a solicitud de citas médicas y agendamiento; gestión de citas extras con especialistas, gestión de autorizaciones en diferentes EPS, gestión de cargue de códigos cups entre otras.

ACOMPANIAMIENTO A USUARIOS Y FAMILIARES VIGENCIA 2025													
DETALLE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
ACOMPANIAMIENTOS	950	776	1071	975	1021	775	903	747	590	447	681	491	9.427

11.4 Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIGP



El Modelo Integrado de Planeación y Gestión es una herramienta que ha dispuesto la Función Pública para facilitar la labor de las entidades del Estado colombiano. Este Modelo es un compendio de oportunidades de mejora que facilitan la labor de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que permitan mejorar la gestión de la institución y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

Se proyectan acciones de mejoramiento por Política, estas se obtienen producto del ejercicio de diligenciamiento del FURAG (detectando las falencias presentes)

La medición de la implementación y madurez del MIPG en cada entidad pública se realiza a través del **Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión – FURAG**, administrado anualmente por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Este instrumento recoge información autodeclarada por las entidades, validada por los equipos de planeación, talento humano, control interno, entre otros.

El FURAG permite:

- ✓ Evaluar el grado de avance de cada componente del MIPG.
- ✓ Identificar brechas en la gestión institucional.
- ✓ Comparar resultados entre entidades del mismo sector o nivel.
- ✓ Generar planes de mejora orientados a fortalecer la capacidad institucional.

En esta sección se presentan los resultados obtenidos por la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata, Huila, en la evaluación del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión – FURAG correspondiente a la vigencia 2024. Estos resultados reflejan el grado de avance en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y permiten identificar el nivel de madurez institucional en cada uno de los componentes evaluados.

El análisis detallado de los puntajes por componente ofrece una visión objetiva del estado actual de la gestión institucional, facilitando su lectura técnica por parte de la Junta Directiva y fortaleciendo los procesos de toma de decisiones, rendición de cuentas y control estratégico.

A continuación, se presenta el consolidado general y el desempeño específico en cada uno de los componentes evaluados.



RESULTADOS GENERALES



El análisis comparativo de los resultados del Índice de Desempeño Institucional (IDI) evidencia un avance significativo en la gestión de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata, Huila, al pasar de un puntaje de **66,0 en la vigencia 2023** a **82,9 en la vigencia 2024**, lo cual representa un incremento de **16,9 puntos**. Este resultado posiciona a la entidad en un nivel de madurez institucional satisfactorio, de acuerdo con la escala establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública. El aumento sostenido en el IDI refleja el fortalecimiento de las prácticas de planeación, gestión y control interno, así como una mayor articulación entre las áreas responsables de las dimensiones del MIPG. Este comportamiento positivo da cuenta del compromiso institucional con la mejora continua, la transparencia y la generación de valor público en la prestación de los servicios de salud.

Además del incremento significativo en el puntaje del IDI, se destaca la mejora sustancial en la **ubicación de la ESE dentro de los quintiles de desempeño a nivel nacional**. Mientras que en la vigencia 2023 la entidad se

encontraba en el **quintil 3**, correspondiente a un nivel medio de madurez institucional frente al conjunto de entidades públicas evaluadas, en la vigencia 2024 logró escalar al **quintil 5**, el cual agrupa a las entidades con **mejores prácticas de gestión y mayor nivel de consolidación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG**. Este avance evidencia que la ESE no solo ha mejorado sus procesos internos, sino que ha logrado posicionarse como una entidad destacada en el contexto del sector salud territorial, demostrando liderazgo, compromiso y

capacidad institucional para responder a los desafíos de la gestión pública moderna.

El análisis detallado de los resultados FURAG 2024 evidencia que la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata, Huila, logró **incrementos significativos en cada una de las siete dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG**, reflejando un avance integral en los distintos aspectos de la gestión institucional. Este comportamiento positivo muestra no solo un compromiso transversal de las áreas estratégicas y de apoyo, sino también una mayor consolidación de prácticas administrativas alineadas con la normativa vigente. Asimismo, al comparar el desempeño de la ESE con el de su **grupo par**, se observa que el puntaje obtenido en cada dimensión se ubica **por encima del promedio nacional** de entidades con características similares, lo cual posiciona al hospital como una entidad con buen nivel de madurez institucional y referente en la implementación de modelos de gestión pública eficientes, transparentes y orientados al ciudadano.

RESULTADOS QUINTIL

ASCENSO AL QUINTIL

5

VIGENCIA 2023

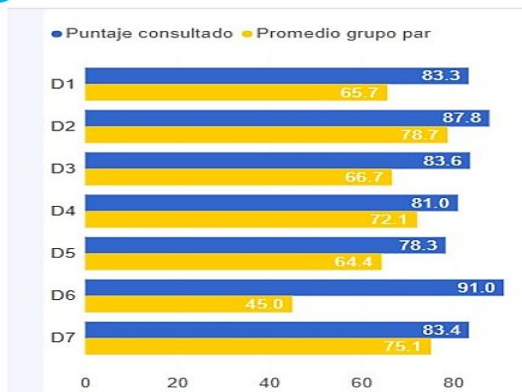


VIGENCIA 2024



Comparativo resultado por Dimensiones Operativas Vigencias 2023 – 2024.	2023	2024	Variación % 2023 - 2024
D1 Talento Humano.	↑ 55,1	↑ 83,3	51,1%
D2 Direccionamiento Estratégico y Planeación.	↑ 77,7	↑ 87,8	13,0%
D3 Gestión para Resultados con Valores.	↑ 67,1	↑ 83,6	24,6%
D4 Evaluación de Resultados.	↑ 76,5	↑ 81,0	5,9%
D5 Información y Comunicación.	↑ 60,3	↑ 78,3	29,8%
D6 Gestión del Conocimiento.	↑ 75,3	↑ 91,0	20,9%
D7 Control Interno.	↑ 64,5	↑ 83,4	29,2%

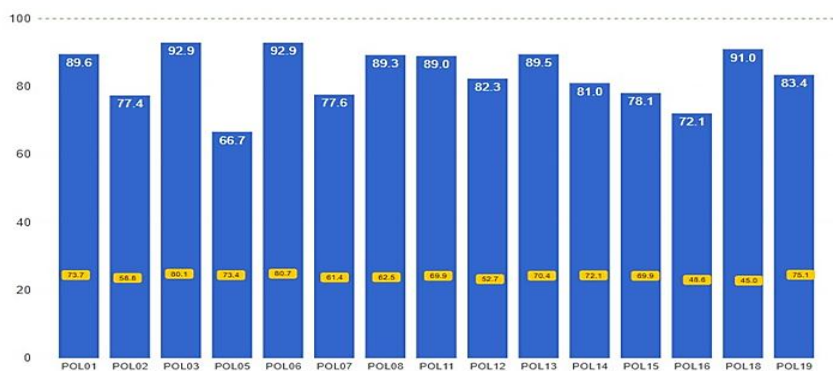
RESULTADOS POR DIMENSIONES 2024



Dimensión	Puntaje consultado
D1: Talento Humano	83.3
D2: Direccionamiento Estratégico y Planeación	87.8
D3: Gestión con Valores para Resultados	83.6
D4: Evaluación de Resultados	81.0
D5: Información y Comunicación	78.3
D6: Gestión del Conocimiento	91.0
D7: Control Interno	83.4

RESULTADOS POR POLITICAS 2024

III. Índices de las políticas de gestión y desempeño



POLITICAS

- POL01: Índice de Gestión Estratégica del Talento Humano
- POL02: Índice de Integridad
- POL03: Índice de Planeación Institucional
- POL05: Índice de Compras y Contratación Pública
- POL06: Índice de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos
- POL07: Índice de Gobierno Digital
- POL08: Índice de Seguridad Digital
- POL11: Índice de Servicio a las ciudadanías
- POL12: Índice de Racionalización de Trámites
- POL13: Índice de Participación Ciudadana en la Gestión Pública
- POL14: Índice de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
- POL15: Índice Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción
- POL16: Índice de Gestión Documental
- POL18: Índice de Gestión del Conocimiento
- POL19: Índice de Control Interno

Comparativo resultado por Política de Gestión Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata años 2023 – 2024.	2023	2024	Variación % 2022 - 2024
Política 1: Gestión Estratégica del Talento Humano	56,2	89,6	59,5%
Política 2: Integridad	54,6	77,4	41,7%
Política 3: Planeación Institucional	80,1	92,9	16,0%
Política 5: Compras y Contratación Pública	NA	66,7	
Política 6: Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	78,8	92,9	17,9%
Política 7: Gobierno Digital	54,2	77,6	43,1%
Política 8: Seguridad Digital	76,1	89,3	17,3%
Política 11: Servicio al ciudadano	81,5	89,0	9,2%
Política 12: Racionalización de Trámites	32,1	82,3	156,1%
Política 13: Participación Ciudadana	75,5	89,3	18,3%
Política 14: Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	76,5	81,0	5,9%
Política 15: Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	66,4	78,1	17,7%
Política 16: Gestión Documental	49,1	72,1	47,0%
Política 18: Gestión del Conocimiento	75,3	91,0	20,9%
Política 19: Control Interno	64,5	83,4	29,2%

En comparación con la vigencia 2023, los resultados del FURAG 2024 reflejan un **ascenso en todas las políticas de gestión y desempeño institucional** evaluadas, lo que demuestra una mejora continua en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. Cada una de las políticas presentó un aumento en su puntaje, evidenciando avances en aspectos claves, este comportamiento positivo indica que la ESE ha logrado consolidar procesos más integrados, coherentes y alineados con los objetivos institucionales, lo que ha permitido mejorar la articulación entre las distintas dimensiones del modelo y fortalecer la gestión interna. No obstante, se reconoce que uno de los aspectos claves e inmediatos a intervenir es la **actualización del mapa de procesos institucional**, el cual resulta fundamental para seguir avanzando en la estandarización, control y mejora continua de la gestión organizacional.

RESULTADO ÍNDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL HOSPITALES DEPARTAMENTALES 2023 – 2024.			
ENTIDAD	IDI 2023	IDI 2024	Variación % 2023 - 2024
Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	81,5	84,7	3,9%
Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata.	66,0	82,9	25,7%
Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón.	75,5	78,1	3,4%
Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.	74,6	84,7	13,5%

Un aspecto especialmente destacable en los resultados del FURAG 2024 es el **incremento en la variación porcentual obtenido por la ESE frente a la vigencia anterior**, con una variación positiva de **16,9 puntos y una variación porcentual de 25,7** en el Índice de Desempeño Institucional (IDI), al pasar de 66 en 2023 a 82,9 en 2024. Este crecimiento no solo evidencia el compromiso institucional con la mejora continua, sino que además posiciona a la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata como la **entidad con mayor incremento porcentual** entre los **cuatro hospitales departamentales presentes en el Huila**, superando el desempeño de sus pares en términos de avance relativo. Este resultado consolida a la ESE como un referente regional en gestión pública en salud, y demuestra que los esfuerzos realizados por el equipo directivo, administrativo y asistencial están dando frutos tangibles en la calidad institucional y en el cumplimiento de los estándares definidos por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Para la vigencia 2025 se proyectaron un total de **119** acciones para ser ejecutadas, distribuidas en cada una de las políticas MIPG adoptadas en la entidad.

Gestión de ejecución del plan de acción MIPG

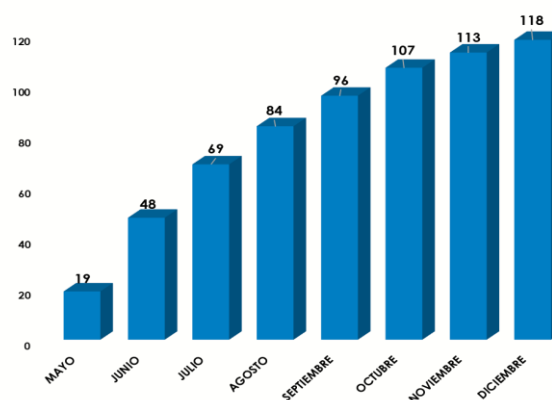
Numero de metas del Plan de Acción MIPG cumplidas
Numero de metas del Plan de Acción MIPG programadas

$$\frac{118}{119} = 99\%$$

En la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua, se programaron un total de **119** Acciones de mejora para ser ejecutadas durante la vigencia 2025, las cuales se ejecutaron 119 acciones de mejora (metas), arrojando un porcentaje de ejecución del **99%**

Se detalla la relación de las metas establecidas para la vigencia con su respectivo seguimiento para cada una de las políticas MIPG que aplican:

ITEM	Política y/o Herramienta de Autodiagnóstico	No metas proyectadas	EJECUTADAS	PENDIENTES DE EJECUCION	PORCENTAJE DE EJECUCION
1	Talento Humano.	9	9	0	100%
2	Integridad.	8	8	0	100%
3	Planeación Institucional.	9	9	0	100%
4	Compras y contratación pública	4	4	0	100%
5	Gobierno Digital	8	8	0	100%
6	Seguridad Digital.	10	10	0	100%
7	Servicio al Ciudadano.	7	7	0	100%
8	Racionalización de Trámites.	7	6	1	86%
9	Participación Ciudadana	6	6	0	100%
10	Defensa Jurídica	8	8	0	100%
11	Seguimiento y Evaluación	9	9	0	100%
12	Transparencia y Acceso a la Información	8	8	0	100%
13	Gestión Documental	9	9	0	100%
14	Gestión del Conocimiento y la Innovación	6	6	0	100%
15	Control Interno	11	11	0	100%
TOTAL		119	118	1	99%



JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ

Gerente

Proyectó
Nelson Felipe Tierradentro Q
Planeación
E.S.E HDSAP
2026