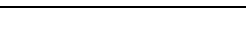
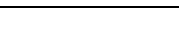


	FORMATO DE ACTA	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-033	
		Versión: 04	
		Página: 1 de 11	

Nº DE ACTA	FECHA	HORA DE INICIO	HORA FINAL
001	15 de abril de 2026	10:00 a.m.	12:30 p.m.
LUGAR: Sala de Reuniones – Área de Calidad			

TIPO DE ACTIVIDAD:	SOCIALIZACIÓN:		CAPACITACIÓN:		OTRO
	VISITA AUDITORIA:		COMITÉ /EQUIPO:		
OBJETIVO:	Asistencia técnicas realizadas, seguimiento y análisis de indicadores institucionales				
RESPONSABLE:	Ing. Jeisson – Líder de Sistemas de Información para la Calidad				
AGENDA:	1. Apertura y verificación de asistentes. 2. Presentación de indicadores normativos e institucionales. 3. Revisión de fórmulas, metas y periodicidad. 4. Verificación de fuentes de información. 5. Compromisos y cierre.				

PARTICIPANTES	
1. Ing. Jeisson	Líder SIC
2. Lider Bacteriología/Apoyo Dx	Servicio Apoyo Diagnóstico
3. Referente Humanización	Servicio Humanización
4. Químico Farmacéutico	Servicio de Farmacia
5. Referente Urgencias	Servicio de Urgencias
6. Referente Cirugía	Servicio de Cirugía
7. Referente UCI	Unidad de Cuidado Intensivo
8. Referente Calidad	Área de Calidad
AUSENTES	

	FORMATO DE ACTA		Fecha: 02/03/2026	
			Código: ME-GPL-F-033	
			Versión: 04	
			Página: 2 de 11	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO				
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA				
PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN				

DESARROLLO DEL INFORME

1. INTRODUCCIÓN

En el marco del fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud y en cumplimiento de los lineamientos institucionales establecidos por la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata, Huila, se llevó a cabo la presente reunión de socialización de indicadores institucionales. El seguimiento y control de los indicadores constituye un pilar fundamental para la gestión de la calidad en los servicios de salud, ya que permite medir el desempeño de los procesos asistenciales y administrativos, identificar oportunidades de mejora y tomar decisiones basadas en evidencia. La medición sistemática de indicadores es una herramienta esencial para garantizar la prestación de servicios seguros, oportunos y centrados en el usuario.

2. OBJETIVOS

Socializar con los referentes de cada servicio los indicadores normativos e institucionales definidos en el Cuadro de Mando Institucional (CMI) de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua, con el propósito de dar a conocer las fórmulas de medición, las metas establecidas, la periodicidad de reporte, las fuentes de información y los referentes normativos que sustentan cada indicador, garantizando así la apropiación del sistema de medición por parte de los equipos de trabajo de cada área asistencial y administrativa.

3. JUSTIFICACIÓN

La gestión de indicadores institucionales en los servicios de Apoyo Diagnóstico/Bacteriología, Humanización, Farmacia, Urgencias, Cirugía y UCI resulta de vital importancia para el Hospital Departamental San Antonio de Padua, puesto que constituyen la herramienta técnica que permite evaluar de manera objetiva y cuantificable el comportamiento de los procesos misionales, la seguridad del paciente, la eficiencia operativa y la satisfacción de los usuarios. Sin un sistema estructurado de indicadores, la institución carecería de la capacidad de identificar desviaciones en la calidad de la atención, lo que imposibilitaría la implementación oportuna de acciones correctivas y preventivas.

Los indicadores de calidad en salud permiten cumplir con los requisitos establecidos en la normatividad vigente, especialmente la Resolución 256 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, que define el sistema de información para la calidad y establece los indicadores de monitoreo de la calidad en salud que deben ser reportados de manera obligatoria por los prestadores de servicios de salud. Adicionalmente, la Resolución 3100 de 2019 establece los procedimientos y condiciones de habilitación de los servicios de salud, los cuales requieren evidencia documental del seguimiento y análisis de indicadores como parte del proceso de autoevaluación institucional.

Desde la perspectiva de la gestión clínica, los indicadores permiten identificar tendencias, comparar resultados con estándares nacionales e internacionales, evaluar la efectividad de las intervenciones asistenciales y fundamentar los planes de mejora continua. Para cada servicio, el indicador representa un espejo del desempeño que refleja la realidad operativa y asistencial, facilitando

— Salud Integral, Impacto Real —

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

	FORMATO DE ACTA		
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Fecha:	02/03/2026
		Código:	ME-GPL-F-033
		Versión:	04
		Página:	3 de 11

la toma de decisiones informadas por parte de los líderes de proceso y la alta dirección.

Es importante destacar que la medición de indicadores no debe verse como una carga administrativa adicional, sino como una oportunidad de mejora y un compromiso con la excelencia en la prestación de servicios de salud. La cultura de la medición contribuye a la seguridad del paciente, al uso racional de los recursos, a la optimización de los tiempos de atención y al fortalecimiento de la confianza de los usuarios en la institución. El Cuadro de Mando Institucional (CMI) de la E.S.E. es la herramienta que consolida todos estos indicadores y permite una visión integral del desempeño institucional.

4. DESARROLLO

Durante el desarrollo de la reunión se abordaron los siguientes aspectos con cada uno de los referentes de los servicios convocados:

4.1. Revisión de fórmulas de medición

Se realizó la revisión detallada de las fórmulas de medición de cada indicador institucional asignado a los servicios participantes, explicando la relación entre el numerador y el denominador, la unidad de medida y la interpretación correcta del resultado. Se enfatizó en la importancia de comprender la lógica de construcción de cada fórmula para garantizar la validez y confiabilidad de los datos reportados.

4.2. Establecimiento de metas

Se establecieron y socializaron las metas de cumplimiento para cada indicador, explicando su fundamento técnico y normativo. Las metas fueron definidas a partir de referentes nacionales, lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, estándares del INS, y criterios institucionales. Se hizo énfasis en que las metas no son estáticas y pueden ser ajustadas conforme a los resultados obtenidos y la madurez del proceso de medición.

4.3. Periodicidad de reporte

Se definió la periodicidad de reporte de cada indicador, siendo en su mayoría de carácter mensual, lo cual permite un seguimiento continuo y oportuno del comportamiento de los servicios. Se informó a los referentes las fechas de corte y los plazos máximos para el envío de la información al área de Sistemas de Información para la Calidad.

4.4. Control de indicadores

Se explicó la importancia de cómo podemos controlar los indicadores institucionales a través del análisis periódico de tendencias, la identificación de desviaciones respecto a las metas establecidas, la implementación de acciones de mejora cuando se detectan resultados desfavorables y el seguimiento al impacto de las intervenciones realizadas. Se resaltó que el control del indicador es responsabilidad directa del referente de cada servicio, quien debe garantizar la oportunidad, veracidad y completitud de la información reportada.

4.5. Verificación de fuentes de información

Se verificaron las fuentes de información para cada indicador, las cuales incluyen principalmente: el sistema de información Dinámica Gerencial, los registros internos de control de cada servicio (censos diarios, informes mensuales, planillas de seguimiento,

	FORMATO DE ACTA		Fecha: 02/03/2026	
			Código: ME-GPL-F-033	
			Versión: 04	
			Página: 4 de 11	
		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		
		HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		
		PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		

auditorías de historia clínica), los reportes del sistema SIVIGILA, los registros de farmacovigilancia, las encuestas de satisfacción, y los reportes del sistema CRUE. Se enfatizó en la necesidad de que cada servicio mantenga sus fuentes de información actualizadas, organizadas y disponibles para auditoría.

4.6. Incentivo al reporte adecuado

Se incentivó a todos los referentes de servicio para que realicen el reporte adecuado, oportuno y veraz de los indicadores institucionales, haciendo especial énfasis en que la calidad del dato es fundamental para la toma de decisiones y que cualquier inconsistencia o subregistro puede afectar la capacidad de la institución para identificar problemas de calidad y seguridad del paciente.

4.7. Fase de construcción y obligatoriedad del reporte normativo

Se explicó a los participantes que actualmente nos encontramos en FASE DE CONSTRUCCIÓN de los indicadores institucionales del Cuadro de Mando Institucional. Este proceso implica la definición, validación y ajuste de indicadores para cada servicio, de manera que reflejen adecuadamente el desempeño y las prioridades de cada área. No obstante, se hizo claridad en que es OBLIGATORIO EL REPORTE DE LOS INDICADORES NORMATIVOS que hacen parte de la Resolución 256 de 2016. Estos indicadores normativos deben ser reportados en los plazos y condiciones establecidos por la ley, independientemente del estado de avance de los indicadores institucionales.

4.8. Método de reporte futuro

Finalmente, se informó a los referentes que una vez se concluya con el ejercicio completo de socialización y construcción de los indicadores institucionales para todos los servicios, se explicará de qué manera se realizará el reporte periódico: ya sea a través de una plataforma tecnológica institucional diseñada para tal fin, o mediante correo electrónico institucional anexando las fichas técnicas de indicador correspondientes a cada servicio. La definición del mecanismo de reporte se establecerá de acuerdo con la disponibilidad tecnológica y las necesidades operativas de la institución.

4.9. Indicadores socializados por servicio

A continuación se relacionan los indicadores socializados con cada uno de los servicios convocados a la presente reunión, los cuales fueron extraídos del Cuadro de Mando Institucional (CMI) vigente de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua:

Indicadores del servicio de Apoyo Diagnóstico / Bacteriología:

INDICADOR	META 2025
Cumplimiento en la oportunidad del reporte de pruebas especiales	≥95%
Porcentaje de oportunidad en el reporte de Cultivos	≥95%
Determinar la proporción de pruebas cruzadas realizadas vs transfusiones realizadas	>75%
Proporción de Unidades de Glóbulos rojos vencidos	

 E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA <i>Salud Integral. Impacto Real</i>	FORMATO DE ACTA		Fecha: 02/03/2026	 modelo integrado de planeación y gestión
			Código: ME-GPL-F-033	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Versión: 04	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Página: 5 de 11	
			PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	

Medir el porcentaje de Reacciones adversas presentadas a la transfusión en el mes.	0,001%
Proporción de eventos adversos relacionado con el uso de reactivos de diagnostico invitro (RDIV)	<1 %
% cumplimiento de plazos de entrega de reporte en el servicio de hospitalización y urgencias.	≥95%
Porcentaje de muestra devueltas y rechazadas en laboratorio	<10
Oportunidad en la entrega de resultados de troponinas	100%
Oportunidad en la entrega de Resultados de Laboratorio Clínico en Hospitalización	95%
Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio clínico en consulta externa	100%

Indicadores del servicio de Farmacia:

NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO	DOMINIO DE CALIDAD	NUMERADOR	DENOMINADOR	FÓRMULA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	Meta
Oportunidad en la dispensación de medicamentos ambulatorios	Proceso	Oportunidad	Sumatoria de minutos de espera en dispensación	Total de fórmulas dispensadas	Sumatoria de minutos de espera en dispensación / Total de fórmulas dispensadas	Minutos	
Proporción de fórmulas dispensadas completamente (primera vez)	Resultado	Efectividad	Fórmulas entregadas completas en el primer contacto	Total de fórmulas presentadas	(Fórmulas entregadas completas en el primer contacto / Total de fórmulas presentadas) x 100	%	≥ 95%
Proporción de medicamentos agotados (desabastecimiento)	Estructura	Disponibilidad	Ítems del listado institucional agotados en el mes	Total de ítems del listado institucional	(Ítems del listado institucional agotados en el mes / Total de ítems del listado institucional) x 100	%	≤ 3%
Tasa de errores de medicación reportados	Resultado	Seguridad del paciente	Errores de medicación reportados (todas las fases)	Total de dosis dispensadas	(Errores de medicación reportados (todas las fases) / Total de dosis dispensadas) x 1.000	Por 1.000 dosis	Vigilancia (cultura de reporte)
Proporción de reportes de farmacovigilancia enviados al INVIMA	Proceso	Sistema de información	Reportes de eventos adversos a medicamentos enviados oportunamente	Total de eventos adversos a medicamentos identificados	(Reportes de eventos adversos a medicamentos enviados oportunamente / Total de eventos adversos a medicamentos identificados) x 100	%	100%
Proporción de medicamentos vencidos o deteriorados	Estructura	Eficiencia	Valor de medicamentos vencidos/deteriorados dados de baja	Valor total del inventario promedio	(Valor de medicamentos vencidos/deteriorados dados de baja / Valor total del inventario promedio) x 100	%	≤ 0,5%

— Salud Integral, Impacto Real —

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

	FORMATO DE ACTA		Fecha: 02/03/2026	
			Código: ME-GPL-F-033	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 04	
			Página: 6 de 11	

Cumplimiento de la cadena de frío	Proceso	Seguridad del paciente	Registros de temperatura dentro de rango	Total de registros de temperatura del mes	(Registros de temperatura dentro de rango / Total de registros de temperatura del mes) x 100	%	100%
Rotación de inventario de medicamentos	Proceso	Eficiencia	Costo de medicamentos consumidos en el mes	Inventario promedio de medicamentos	Costo de medicamentos consumidos en el mes / Inventario promedio de medicamentos	Veces	≥ 1 (mensual)

Indicadores del servicio de Urgencias:

En el momento el servicio de urgencias presenta indicadores normativos.

NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO	DOMINIO DE CALIDAD	NUMERADOR	DENOMINADOR	FÓRMULA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	META
Proporción de pacientes triage II	Resultado	Pertinencia	Pacientes clasificados triage II	Total de pacientes clasificados en triage	(Pacientes clasificados triage II / Total de pacientes	min	<30
Tasa de reingreso a urgencias antes de 72 horas	Resultado	Efectividad/Seguridad	Pacientes que reconsultan por la misma causa antes de 72 h	Total de pacientes atendidos en urgencias	(Pacientes que reconsultan por la misma causa antes de 72 h / Total de pacientes atendidos en urgencias) x 100	%	≤ 3%

Indicadores del servicio de Cirugía: En el momento solo se establece un indicador normativo

	FORMATO DE ACTA		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Código: ME-GPL-F-033	
			Versión: 04	
			Página: 7 de 11	

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
				FICHA TECNICA DE INDICADORES							Fecha: 05/11/2024		
											Código MDE-GCMC-SIC-F-002		
											Versión: 03		
PROCESO:			GESTIÓN SERVICIO QUIRÚRGICO										
NOMBRE DEL INDICADOR:			Proporción de cancelación de cirugía.										
PROPOSITO:			Establecer un mecanismo de seguimiento y control sobre las cirugías programadas que son canceladas										
DEFINICIÓN:			Expresa la proporción de cirugías programadas en quirófano que son canceladas por causa atribuidas a la institución.										
MARCO NORMATIVO:			RESOLUCIÓN 0256 DE 2016										
FORMULA DE MEDICION:			Numerador: Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institucion										
			Fuente del numerador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social										
			Denominador: Número total de cirugías programadas										
			Fuente del denominador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social										
			Unidad de medida: Por 100(%)										
META:			2%										
PERIODICIDAD:			Mensual										
SERVICIO:			Cirugia										
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:			Lider de Cirugia										

Indicadores del servicio de UCI (Unidad de Cuidado Intensivo):

- Presenta la siguiente información:
- Tasa de mortalidad en UCI: Meta: Referencial | Periodicidad: Mensual | Fórmula: (Muertes en UCI / Total egresos UCI) x 100 | Fuente: Censo UCI | Referente normativo: Institucional
 - Promedio de estancia en UCI: Meta: ≤ 7 días | Periodicidad: Mensual | Fórmula: Sumatoria días estancia / Total egresos UCI | Fuente: Censo UCI | Referente normativo: Institucional

Indicadores de referencia:

Se verifican los que se encuentran en el momento dos indicadores.

N °	SERVICIO	NOMBRE DEL IN-DICA-DOR	TIPO	DOMINIO DE CA-LIDAD	NUME-RADOR	DENOMI-NADOR	FÓRMU-LA DE MEDI-CIÓN	UNI-DAD DE ME-DIDA	ME-TA
1	REFERENCIA Y CONTRARRE-FERENCIA	Oportu-nidad en la acep-tación de la remisión	Proce-so	Oportuni-dad/Continuidad	Sumato-ria de horas entre solicitud de remi-sión y acepta-ción por IPS re-ceptora	Total de remisiones acepta-das	Sumato-ria de horas entre solicitud de re-misión y acep-tación por IPS recep-tora / Total de	Ho-ras	≤ 6 ho-ras

	FORMATO DE ACTA		Fecha: 02/03/2026	
			Código: ME-GPL-F-033	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Versión: 04	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Página: 8 de 11	
			PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	

							remisiones aceptadas		
2	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	Proporción de remisiones efectivas (paciente trasladado)	Resultado	Continuidad	Remisiones que terminan en traslado efectivo	Total de remisiones solicitadas	(Remisiones que terminan en traslado efectivo / Total de remisiones solicitadas) x 100	%	≥ 90 %

Para el servicio de Humanización,

Estableció indicadores por parte del programa de humanización de servicio: con las cinco políticas: Humanizarte, Programa de humanización, Educando con amor, tu bienestar es el mio, Siempre contigo, y puertas abiertas. Estos indicadores se encuentran acordes sin mostrar modificaciones, propios y pertinentes del proceso.

Es importante que al momento de la socialización se indicó que los indicadores institucionales se encuentran en proceso de definición y construcción dentro del Cuadro de Mando Institucional. Se estableció el compromiso de avanzar en la identificación de indicadores específicos para este servicio en las próximas sesiones de trabajo.

5. CONCLUSIÓN

Desde el área de Sistemas de Información para la Calidad, lo que se busca con la socialización de indicadores institucionales a los referentes de cada servicio es que se conviertan en los responsables directos de llevar, analizar y reportar sus indicadores, con el propósito de verificar cómo se encuentra el desempeño de su servicio en términos de calidad, oportunidad, seguridad y satisfacción del usuario. A partir de estos resultados, se espera que cada servicio establezca planes de mejora continua, defina acciones concretas para cerrar las brechas identificadas y contribuya al fortalecimiento integral de la gestión institucional. El objetivo final es consolidar una cultura de medición, análisis y mejora que permita a la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua ofrecer servicios de salud de alta calidad, seguros y centrados en las necesidades de la comunidad del municipio de La Plata y su área de influencia.

REVISION DE COMPROMISOS			
COMPROMISOS POR EJECUTAR	RESPONSABLE	FECHA CUMPLIMIENTO	ESTADO EJECUCIÓN

— Salud Integral, Impacto Real —

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

	FORMATO DE ACTA	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-033	
		Versión: 04	
		Página: 9 de 11	

Revisión y validación de fuentes de datos por cada servicio	Referentes de servicio	30 de abril de 2026	Pendiente
Inicio del reporte de indicadores normativos (Res. 256/2016)	Todos los referentes	Inmediato	Pendiente
Consolidación del CMI con datos del primer trimestre	Ing. Jeisson Natu	15 de mayo de 2026	Pendiente

PROPOSICIONES Y VARIOS:

Se propone programar una segunda sesión de seguimiento para verificar el avance en el reporte de indicadores y aclarar dudas sobre las fuentes de información.

FECHA Y HORA PROXIMA REUNIÓN:

Junio de 2026 – Socialización con servicios de SIAU, Epidemiología, Sistemas, Ingeniería Ambiental, Ingeniería Biomédica, Seguridad del Paciente, Urgencias y SST.

REDACTÓ: **JEISSON ALEXANDER TRUJILLO SUNS**
 Ing. Industrial / Esp. Gerencia de proyectos
 Líder de sistemas de información para la calidad

— Salud Integral, Impacto Real —

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

 E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA <i>Salud Integral, Impacto Real</i>	FORMATO DE ACTA		Fecha: 02/03/2026	 modelo integrado de planeación y gestión
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Código: ME-GPL-F-033	
			Versión: 04	
			Página: 10 de 11	

ANEXOS

1. Evidencia fotográfica

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



— Salud Integral, Impacto Real —

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

 E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA Salud Integral, Impacto Real	FORMATO DE ACTA	Fecha: 02/03/2026	 modelo integrado de planeación y gestión
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GPL-F-033	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Página: 11 de 11	

Lista de asistencia

 E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA Salud Integral, Impacto Real	FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA		Fecha: 05/11/2024	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: MDE-GPDI-GD-F-002	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		Página: 2 de 2	

FECHA: Abril HORA: _____

ACTIVIDAD: Revisión de indicadores por servicio

Nº	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	CARGO/ ACTIVIDAD	TIPO DE VINCULACIÓN	FIRMA
1	Tonia Alvarado Andari	1094931666	Enfermera	Agremiación	[Firma]
2	Aracely Poma Gomez	36384035	aux-ent	PROVISIONAL	[Firma]
3	Josue A. Nader C.	101902462	D.A.	Agremiación	[Firma]
4	Josue Benitez	36130065	entomoplasma		[Firma]
5	Yudel Saabara U	1081396797	Infermera	Agremiación	[Firma]
6	Monica Ortega	1080262517	Enfermera	Agremiación	[Firma]
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

— Salud Integral, Impacto Real —

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