

 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 HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Código: ME-GPL-F-033	
			Versión: 04	
			Página: 1 de 17	

Nº DE ACTA	FECHA	HORA DE INICIO	HORA FINAL
002	10 de junio de 2026	2:00 p.m.	4:30 p.m.
LUGAR: Auditorio – Hospital San Antonio de Padua			

TIPO DE ACTIVIDAD:	SOCIALIZACIÓN:		CAPACITACIÓN:		OTRO
	VISITA AUDITORIA:		COMITÉ /EQUIPO:		
OBJETIVO:	Asistencia técnica de socialización de indicadores normativos e institucionales del Cuadro de Mando Institucional (CMI) a los líderes de los servicios de SIAU, Epidemiología, Sistemas, Ingeniería Ambiental, Ingeniería Biomédica, Seguridad del Paciente, Urgencias y SST.				
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. Referente SIAU	Servicio de Atención al Usuario
3. Referente Epidemiología	Vigilancia Epidemiológica
4. Referente Sistemas	Oficina de Sistemas
5. Referente Ing. Ambiental	Gestión Ambiental
6. Referente Ing. Biomédico	Ingeniería Biomédica
7. Referente Seguridad del Paciente	Seguridad del Paciente y Calidad
8. Referente Urgencias	Servicio de Urgencias

— 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 HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-033	
		Versión: 04	
		Página: 2 de 17	

9. Referente SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
------------------	---------------------------------

AUSENTES	

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

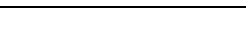
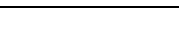
Socializar con los referentes de cada servicio los indicadores normativos e institucionales definidos en el Cuadro de Mando Institucional (CMI) de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua, con el propósito de dar a conocer las fórmulas de medición, las metas establecidas, la periodicidad 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 SIAU, Epidemiología, Sistemas, Ingeniería Ambiental, Ingeniería Biomédica, Seguridad del Paciente, Urgencias y SST 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

— Salud Integral, Impacto Real —

	FORMATO DE ACTA		Fecha: 02/03/2026	
			Código: ME-GPL-F-033	
			Versión: 04	
			Página: 3 de 17	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO				
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA				
PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN				

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 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

 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: 4 de 17	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN			

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, 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 del Ministerio de Salud y Protección Social, así como aquellos exigidos por la Resolución 3100 de 2019, los protocolos del Instituto Nacional de Salud (INS) y demás normas aplicables. 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:

— Salud Integral, Impacto Real —

	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: 5 de 17	

Indicadores del servicio de SIAU (Atención al Usuario):

- Satisfacción global del usuario (institucional): Meta: $\geq 90\%$ | Periodicidad: Mensual | Fórmula: $(\text{Usuarios que califican Excelente o Buena} / \text{Total encuestados}) \times 100$ | Fuente: Encuesta de satisfacción (MDE-GAUPC-AU-F-001) | Referente normativo: Res. 256/2016 (P.4.1)
- Proporción de usuarios que recomendarían la IPS: Meta: $\geq 90\%$ | Periodicidad: Mensual | Fórmula: $(\text{Usuarios 'Definitivamente sí'} + \text{'Probablemente sí'} / \text{Total encuestados}) \times 100$ | Fuente: Encuesta de satisfacción | Referente normativo: Res. 256/2016 (P.4.2)
- Proporción de usuarios que comprenden sus deberes y derechos: Meta: $\geq 90\%$ | Periodicidad: Mensual | Fórmula: $(\text{Usuarios que responden 'Sí'} / \text{Total encuestados}) \times 100$ | Fuente: Encuesta de satisfacción | Referente normativo: Institucional
- Tasa de PQRSF por cada 1.000 atenciones: Meta: Vigilancia (referencial) | Periodicidad: Mensual | Fórmula: $(\text{PQRSF radicadas} / \text{Total atenciones}) \times 1.000$ | Fuente: SIAU | Referente normativo: Ley 1755/2015
- Oportunidad de respuesta a PQRSF: Meta: 100% | Periodicidad: Mensual | Fórmula: $(\text{PQRSF respondidas dentro de 15 días hábiles} / \text{Total radicadas}) \times 100$ | Fuente: SIAU | Referente normativo: Ley 1755/2015
- Cumplimiento del tamaño de muestra de encuestas: Meta: 100% | Periodicidad: Mensual | Fórmula: $(\text{Encuestas aplicadas} / \text{Encuestas programadas según muestra}) \times 100$ | Fuente: SIAU | Referente normativo: Institucional
- Satisfacción por servicio con calificación crítica ($< 80\%$): Meta: $\leq 20\%$ | Periodicidad: Mensual | Fórmula: $(\text{Servicios con satisfacción} < 80\% / \text{Total servicios evaluados}) \times 100$ | Fuente: Encuesta de satisfacción | Referente normativo: Institucional

Indicadores del servicio de Seguridad del Paciente y Calidad:

- Proporción de gestión de eventos adversos: Meta: $\geq 90\%$ | Periodicidad: Mensual | Fórmula: $(\text{Eventos adversos gestionados} / \text{Total detectados}) \times 100$ | Fuente: Comité de seguridad del paciente | Referente normativo: Res. 256/2016 (P.3.3)
- Tasa de incidencia de eventos adversos: Meta: Vigilancia (referencial) | Periodicidad: Mensual | Fórmula: $(\text{Eventos adversos confirmados} / \text{Total egresos} + \text{atenciones}) \times 1.000$ | Fuente: Reporte de eventos adversos | Referente normativo: Res. 256/2016
- Tasa de flebitis asociada a catéter periférico: Meta: $\leq 5 \times 1.000$ | Periodicidad: Mensual | Fórmula: $(\text{Casos flebitis grado II+} / \text{Total días-catéter periférico}) \times 1.000$ | Fuente: Ronda de enfermería | Referente normativo: INS - Vigilancia IAAS
- Adherencia a higiene de manos (5 momentos OMS): Meta: $\geq 85\%$ | Periodicidad: Mensual | Fórmula: $(\text{Oportunidades cumplidas} / \text{Total oportunidades observadas}) \times 100$ | Fuente: Observación directa - Epidemiología | Referente normativo: Paquetes instruccionales MinSalud
- Proporción de pacientes con identificación correcta (dos identificadores): Meta: 100% | Periodicidad: Mensual | Fórmula: $(\text{Pacientes verificados con manilla} / \text{Total verificados en ronda}) \times 100$ | Fuente: Ronda de seguridad | Referente normativo: Buenas prácticas MinSalud
- Adherencia a guías de práctica clínica priorizadas: Meta: $\geq 90\%$ | Periodicidad: Mensual

	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: 6 de 17	

| Fórmula: $(\text{HC que cumplen criterios GPC} / \text{Total HC auditadas}) \times 100$ | Fuente: Auditoría de historia clínica | Referente normativo: Res. 256/2016

– Proporción de calidad del diligenciamiento de historia clínica: Meta: $\geq 95\%$ | Periodicidad: Mensual | Fórmula: $(\text{HC que cumplen criterios} / \text{Total HC auditadas}) \times 100$ | Fuente: Auditoría concurrente | Referente normativo: Res. 1995/1999

– Oportunidad en el reporte de indicadores a entes externos (Res. 256): Meta: 100% | Periodicidad: Mensual | Fórmula: $(\text{Reportes enviados dentro del plazo} / \text{Total reportes obligatorios}) \times 100$ | Fuente: Líder SIC | Referente normativo: Res. 256/2016

Para el servicio de Epidemiología, Se presentan 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. En el momento verifican los indicadores normativos.

No.	INDICADOR	DEFINICIÓN	PROPOSITO	MARCO NORMATIVO	FORMULA DE MEDICIÓN	FUENTES DE INFORMACIÓN
1.3	PROPORCIÓN DE PARTOS POR CESAREA	Expresar la proporción de nacimientos por cesárea en la institución prestadora de servicio de salud en un periodo determinado	Conocer la proporción de partos por cesárea atendidos en la institución en un periodo determinado.	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Numerador: Número de nacidos vivos por Cesarea	Fuente de numerador: RUAF -ND- Nacidos dispuestos en SISPRO Ministerio de Salud y Protección social
					Denominador: total de nacidos vivos dispuestos en SISPRO Ministerio de Salud y Protección social	Fuente Denominador: RUAF-ND- Nacimientos-

	FORMATO DE ACTA		Fecha: 02/03/2026	
	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: 7 de 17	

1.4	TASA MORTALIDAD PERINATAL	Expresar la relación entre defunciones de fetos de 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o mas de peso y los siete días completos después del nacimiento por cada 1,000 nacimientos.	Conocer el porcentaje de Muertes perinatales en la Institución	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Numerador: Número de muertes fetales de 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento. Denominador: Numero total de Nacidos vivos mas el número de muertes fetales de 22 semana (154 días) de gestación o con 500 gramos o mas de peso y los siete días completos después del nacimiento.	Numerador: RUAF-ND-Defunciones - dispuesto en SISPRO Denominador: RUAF-ND-Defunciones - dispuesto en SISPRO
1.5	TASA DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME)/ MUERTE MATERNA TEMPRANA (MM)	Expresa la relación de MME/ MM indica el número de casos de morbilidad materna extrema por cada caso de muerte materna temprana.	Conocer el porcentaje de morbilidad materna extrema / muerte materna temprana	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Numerador: Numero de casos de morbilidad materna extrema Denominador: Numero de casos de muerte materna (42 días)	Fuente Numerador: SIVIGILA- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social. Denominador Numerador: SIVIGILA- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
1.6	PROPORCION DE RN CON TAMIZAJE PARA HIPOTIROIDISMO	Expresa el número de recién nacidos a quienes se les realizo tamizaje para hipotiroidismo	Conocer la proporción de nacidos a quienes se les realizo con tamizaje para hipotiroidismo	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Numerador: Número de nacidos vivos a quienes se les realiza tamizaje para hipotiroidismo	Factor de Numerador: RUAF-ND- Cruzado con RIPS y Resolución 4505

 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: 8 de 17	

					Denominador: Número total de nacidos vivos reportados	Fuente del denominador: RUAF-ND- Cruzado con BDUA. Dispuesta SISPRO Ministerio de salud y protección social.
1.7	PROPORCIÓN DE REINGRESO HOSPITALARIO POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) EN MENORES DE 5 AÑOS	Expresa la proporción de reingresos hospitalario por IRA en menores de 5 años en un periodo determinado	Conocer la proporción de reingreso hospitalario por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Numerador: Número de menores de 5 años con reingreso hospitalario de IRA dentro de los veinte días después del primer egreso por IRA en la misma institución. Denominador: Número de menores de 5 años con al menos un egreso por IRA.	Fuente del Numerador: RIPS- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud protección social Fuente del denominador: RIPS- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud protección social
1.8	LETALIDAD POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) EN MENORES DE 5 AÑOS	Expresa la proporción de la defunciones de niños menores de 5 años cuya causa básica de muerte fue infección respiratoria aguda (IRA) con relación al número total de menores de 5 años atendidos con diagnóstico IRA	Conocer la letalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Numerador: Número de muertes por IRA en menores de 5 años Denominador: Número total de menores de 5 años atendidos por diagnóstico de IRA	Fuente del Numerador: EEVV (Estadísticas vitales) Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social Fuente del Denominador: RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios) - dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y protección de IRA.
1.9	LETALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)	Expresa la proporción de defunciones de niños menores de 5	Conocer la letalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Numerador: Número de muertes por EDA en menores de 5 años	Fuente del Numerador: EEVV Dispuesto en SISPRO Ministerio de

— 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		Código: ME-GPL-F-033	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 9 de 17	

		años cuya causa básica de muerte fue enfermedad diarreica aguda EDA con relación al número total de menores de 5 años atendidos con diagnóstico de EDA.	(EDA)			Salud y Protección Social.
					Denominador: Número total de menores de 5 años atendidos por diagnóstico de EDA	Fuente del denominador: RIPS - Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección Social.
1.10	PROPORCIÓN DE GESTANTES CON ASESORIA PRE TEST PARA PRUEBA DE VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	Indica el número de gestantes a quienes se les realizó asesoría pre - test para prueba de VIH (ELISA)	Conocer la proporción de gestantes con asesoría pre test para prueba de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Numerador: Número de gestantes a quienes se le realizó asesoría pre-test para prueba de VIH (ELISA)	Fuente del numerador: RUAF- ND cruzado con BDUA (base de datos único de un afiliado) Y Resolución 4505
					Denominador: Total de gestantes	Fuente del denominador: RUAF- ND cruzado con BDUA (base de datos único de un afiliado) Y Resolución 4505
1.11	PROPORCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 18 MESES, HIJOS DE MADRE VIVIENDO CON VIH, CON DIAGNOSTICO DE VIH	Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH, con diagnóstico de VIH.	Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH, con diagnóstico de VIH	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Numerador: Número de niños menores de 18 meses con diagnóstico de VIH (SIDA)	Fuente del numerador: Cuenta el Alto Costo- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social
					Denominador: Número de menores de 18 meses hijos de madre con diagnóstico de VIH (SIDA)	Fuente del denominador: Cuenta el Alto Costo- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social

 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		Código: ME-GPL-F-033	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 10 de 17	

1.12	PROPORCION DE MUJERES A QUIENES SE LES REALIZO TOMA DE SEROLOGIA EN EL MOMENTO DEL PARTO O ABORTO	Expresa la proporción de mujeres a las que se les realizó serología en el momento del parto o aborto	Conocer la proporción de mujeres a quienes se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Numerador: Número de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto	Fuente del Numerador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
					Denominador: Número total de gestantes de los últimos 6 meses reportadas	Fuente del Denominador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
1.13	PROPORCION DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DENGUE GRAVE	Expresa la proporción de pacientes hospitalizados con diagnóstico de dengue Grave, en un periodo determinado.	Conocer la proporción de pacientes hospitalizados por dengue grave	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Numerador: Número de pacientes con diagnóstico de dengue grave que fueron hospitalizados	Fuente del numerador: SILVIGILA-Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social
					Denominador: Total de pacientes con diagnóstico de dengue grave en el periodo.	Fuente del denominador: SILVIGILA-Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social
1.14	PROPORCION DE PERSONAS CON HTA A QUIENES SE LE REALIZA DE LDL EN UN PERIODO DETERMINADO	Expresa el número de personas con Hipertensión arterial a quienes se les realizó como mínimo una medición de LDL en el año.	Conocer la proporción de personas con HTA a quienes se le realiza médico de LDL en un periodo determinado	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Numerador: Número de personas con Hipertensión arterial a quienes se les realiza medición de LDL en el año	Fuente del numerador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
					Denominador: Número total de personas con Hipertensión arteria reportados	Denominador: Número total de personas con Hipertensión arteria reportados
1.15	PROPORCION DE PERSONAS CON DIABETES A QUIENES SE LES REALIZO TOMA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN EL	Proporción de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus a quienes se les	Conocer la proporción de personas con diabetes a quienes se les realizó toma de hemoglobina gli-	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Numerador: Número de personas con diabetes mellitus a quienes se les realizó la	Fuente del numerador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y

	FORMATO DE ACTA		Fecha: 02/03/2026	
	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 17	

	ULTIMO SEMESTRE	realizó toma de hemoglobina glicosilada en el ultimo semestre	cosilada en el ultimo semestre		toma de hemoglobina glicosilada en el ultimo semestre	protección social.
					Denominador: Número total de personas con Diabetes Mellitus reportadas	Fuente del denominador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
1.16	PROPORCION DE PERSONAS CON DIABETES A QUIENES SE LES REALIZA MEDICION DE LDL	PROPORCION DE PERSONAS CON DIABETES A QUIENES SE LES REALIZA MEDICION DE LDL	Conocer la proporción de personas con diabetes a quienes se les realiza medición de LDL	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Numerador: Personas con diabetes mellitus a quienes se les realiza medición de LDL en el año	Fuente del numerador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
					Denominador: Número total de personas con DM reportadas	Fuente del denominador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
1.17	PROPORCIÓN DE PERSONAS CON HTA ESTUDIADAS PARA ENFERMEDAD RENAL CRONICA (ERC)	Expresa proporción de pacientes con diagnóstico de HTA que han sido estudiados para ERC.	Conocer la proporción de personas con HTA estudiadas para enfermedad renal crónica (ERC)	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Numerador: Número de personas con HTA que fueron estudiadas para ERC	Fuente del numerador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
					Denominador: Número total de personas con HTA reportadas	Fuente del denominador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
1.18	PROPORCION DE PERSONAS CON DM ESTUDIADAS PARA ENFERMEDAD RENAL CRONICA (ERC)	Expresa proporción de pacientes con diagnóstico Diabetes Mellitus que han sido estudiados para	Conocer la proporción de personas con DM estudiadas para enfermedad renal crónica (ERC)	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Numerador: Número de personas con DM que fueron estudiadas para ERC	Fuente del numerador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.

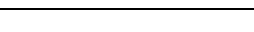
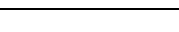
 E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA Salud Integral, Impacto Real	FORMATO DE ACTA		Fecha: 02/03/2026	 mipg modelo integrado de planeación y gestión
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-033	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 12 de 17	

		ERC.			Denominador: Número total de personas diabéticas Mellitus reportada.	Fuente del denominador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
2.4	PROPORCION DE ENDOMETRITIS POS PARTO VAGINAL	Es un estimador del riesgo de endometritis pos parto en las gestantes atendidos en la institución en mes de seguimiento	Conocer la proporción de endometritis pos parto vaginal	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Numerador: Número de endometritis pos parto vaginal	Fuente del Numerador: SILVIGILA-Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social
					Denominador: Número total de partos atendidos.	Fuente del denominador: SILVIGILA-Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social
2.5	PROPORCION DE ENDOMETRITIS POS CESAREA	Es un estimador del riesgo de endometritis pos cesarea en las gestantes atendidas en la institución en un mes seguimiento.	Conocer la proporción de endometritis pos cesárea	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Numerador: Número de endometritis pos cesarea	Fuente del Numerador: SILVIGILA-Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social
					Denominador: Número total de cesareas realizadas.	Fuente del denominador: SILVIGILA-Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social

Para el servicio de Sistemas, 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.

— 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		Versión: 04	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Página: 13 de 17	
PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN				

Ingeniería Ambiental, Se verifican los indicadores institucionales que posee el área de gestión ambiental.

N.º	Indicador	Fórmula de medición	Unidad	Meta	Periodicidad	Tipo
1	Proporción de residuos no aprovechables generados en la institución	$(\text{Cantidad de residuos ordinarios no aprovechables} - \text{RRS} / \text{Total de residuos generados} - \text{RT}) \times 100$	%	>65%	Mensual	Efectividad
2	Proporción de residuos reciclables generados en la institución	$(\text{Cantidad de residuos para reciclar} - \text{RR} / \text{Total de residuos generados} - \text{RT}) \times 100$	%	15%	Mensual	Efectividad
3	Proporción de residuos para incinerar generados en la institución	$(\text{Cantidad total de residuos para incineración} / \text{Cantidad total de residuos generados} - \text{RT}) \times 100$	%	95%	Mensual	Efectividad
4	Proporción de residuos para desactivación producidos en la institución	$(\text{Cantidad total de residuos de desactivación} - \text{RD} / \text{Cantidad total de residuos generados} - \text{RT}) \times 100$	%	95%	Mensual	Efectividad
5	Proporción de residuos para desactivación en los procesos de Gestión de Información y Tecnologías (RAEE)	$(\text{Cantidad total de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos} - \text{RAEE} / \text{Cantidad total de residuos generados} - \text{RT}) \times 100$	%	95%	Mensual	Efectividad
6	Proporción de cumplimiento del cronograma del Grupo Administrativo de Gestión Ambiental	$(\text{Número de actividades ejecutadas en el periodo} / \text{Número total de actividades programadas}) \times 100$	%	95%	Mensual	Efectividad

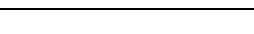
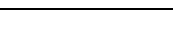
Encontrándolos pertinentes para el servicio, se recuerda el reporte mensual.

Para el proceso de Ingeniería Biomédica, no se encontraron indicadores, el ingeniero Yesid Mena manifestó que en algún momento se realizan reportes pero que en el momento no se estaba realizando. En consecuencia se construyen los indicadores institucionales para el proceso y se establece el reporte mensual.

N.º	Indicador	Fórmula	Unidad	Meta	Periodicidad	Tipo
1	Cumplimiento del Mantenimiento Preventivo	$(\text{N.º de mantenimientos preventivos realizados en el periodo} / \text{N.º de mantenimientos preventivos programados en el periodo}) \times 100$	%	>85%	Trimestral	Eficacia
2	Oportunidad en la resolución de mantenimientos correctivos de equipos biomédicos	$(\text{N.º de mantenimientos correctivos resueltos dentro del tiempo estándar} / \text{N.º total de mantenimientos correctivos solicitados en el periodo}) \times 100$	%	>90%	Mensual	Eficacia

— 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		Versión: 04	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Página: 14 de 17	
PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN				

3	Tasa de disponibilidad operativa de equipos biomédicos críticos	$[(\text{Horas totales del período} - \text{horas de inoperatividad no programada}) \times \text{N.º de equipos}] / (\text{Horas totales del período} \times \text{N.º de equipos críticos evaluados}) \times 100$	%	>90%	Trimestral	Eficacia
4	Porcentaje de equipos biomédicos con hoja de vida actualizada y verificación metrológica vigente	$(\text{N.º de equipos con hoja de vida actualizada y verificación metrológica vigente} / \text{N.º total de equipos biomédicos en inventario activo}) \times 100$	%	>90%	Semestral	Eficacia

Proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo, En el momento de la socialización indica que el proceso es normado por determinación de riesgos, ocurrencias de accidentes de trabajo y que en el momento se realiza reportes adecuados. Se invita a una mesa de trabajo para establecer si existe la posibilidad de generar indicadores que generen importancia en los procesos asistenciales.

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
Reporte inmediato de indicadores normativos de Res. 256/2016	Todos los Lideres	Inmediato	Pendiente
Construcción de fichas técnicas de indicadores institucionales por servicio	SIC	30 de junio de 2026	Pendiente

— 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 HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Código: ME-GPL-F-033	
			Versión: 04	
			Página: 17	

Revisión de fuentes de información en Dinámica Gerencial	Referentes + Sistemas	20 de junio de 2026	Pendiente
Seguimiento a resultados de indicadores del primer semestre	Ing. Jeisson Natu	Julio de 2026	Pendiente

PROPOSICIONES Y VARIOS:
Se propone realizar una tercera jornada de socialización en agosto de 2026 para los servicios de Consulta Externa, Hospitalización, Cirugía, Ginecología, SIA y UCI, completando así el ciclo de socialización de todos los servicios del hospital.

FECHA Y HORA PROXIMA REUNIÓN:	Agosto de 2026 – Socialización con servicios de Consulta Externa, Hospitalización, Cirugía, Ginecología, SIA y UCI.
LUGAR:	

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

 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
		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: 17 de 17	

ANEXOS:

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"

