

	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: 1 de 16	

Nº DE ACTA	FECHA	HORA DE INICIO	HORA FINAL
003	10 de agosto de 2026	9:00 a.m.	11:30 a.m.
LUGAR: Sala de Reuniones – Área de Calidad			

TIPO DE ACTIVIDAD:	SOCIALIZACIÓN:		CAPACITACIÓN:		OTRO
	VISITA AUDITORIA:		COMITÉ /EQUIPO:		
OBJETIVO:	Socialización de indicadores normativos e institucionales del Cuadro de Mando Integral (CMI) a los referentes de los servicios de Consulta Externa, Hospitalización, Cirugía, Ginecología, SIA y UCI.				
RESPONSABLE:	Ing. Jeisson Trujillo – 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 Consulta Externa	Servicio de Consulta Externa
3. Referente Hospitalización	Servicio de Hospitalización
4. Referente Cirugía	Servicio de Cirugía
5. Referente Ginecología	Ginecología y Sala de Partos
6. Referente SIA	Sistema Integral de Atención
7. Referente UCI	Unidad de Cuidado Intensivo

 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 HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 04	
		Página: 2 de 16	

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 Integral (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 Consulta Externa, Hospitalización, Cirugía, Ginecología, SIA 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.

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

— 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: 3 de 16	

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 Integral (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

 E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA <i>— Salud Integral, Impacto Real —</i>	FORMATO DE ACTA		Fecha: 02/03/2026	 mipg 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 16	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN			

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 Integral. 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 Integral (CMI) vigente de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua:

Indicadores del servicio de Consulta Externa: Luego de realizar una revisión inicial se presentan los siguientes indicadores establecidos para el servicio. Una vez surtido el proceso de estudio se aclara que se espera terminar la consolidación de información con el fin de verificar el proceso de reporte por cada servicio.

	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 16	

N °	NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO	DOMINIO DE CALIDAD	NUMERADOR	DENOMINADOR	FÓRMULA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	META
1	Proporción de citas inasistidas (incumplidas por el usuario)	Resultado	Eficiencia	Total, de citas incumplidas en el mes	Total de citas programadas en el mes	(Total de citas incumplidas en el mes / Total de citas programadas en el mes) x 100	%	≤ 5%
2	Proporción de citas canceladas por la institución	Proceso	Eficiencia	Citas canceladas por causa institucional	Total de citas programadas	(Citas canceladas por causa institucional / Total de citas programadas) x 100	%	≤ 2%
3	Proporción de cumplimiento de citas programadas	Resultado	Efectividad	Citas efectivamente cumplidas	Total de citas programadas	(Citas efectivamente cumplidas / Total de citas programadas) x 100	%	≥ 90%
4	Proporción de utilización de la capacidad instalada de agenda	Proceso	Eficiencia	Citas programadas	Cupos de agenda disponibles	(Citas programadas / Cupos de agenda disponibles) x 100	%	≥ 95%

Indicadores del servicio de Hospitalización: Se revisa la pertinencia de llevar indicadores por servicio, encontrando oportunidades de mejora en donde se espera una instrucción por el director técnico Científico, con el fin de verificar la responsabilidad del reporte de estos indicadores:

N °	NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO	DOMINIO DE CALIDAD	NUMERADOR	DENOMINADOR	FÓRMULA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	META
1	Promedio de estancia hospitalaria (días)	Resultado	Eficiencia	Sumatoria de días de estancia de los egresos del mes	Total de egresos hospitalarios del mes	Sumatoria de días de estancia de los egresos del mes / Total de egresos hospitalarios del mes	Días	≤ 5 días
2	Porcentaje de ocupación de camas	Proceso	Eficiencia	Total de días-cama ocupados en el mes	Total de días-cama disponibles en el mes	(Total de días-cama ocupados en el mes / Total de días-	%	80% - 90%

 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: 6 de 16	
			PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	

						cama disponibles en el mes) x 100		
3	Giro cama (rotación)	Proceso	Eficiencia	Total de egresos del mes	Número de camas disponibles	Total de egresos del mes / Número de camas disponibles	Egresos/cama	≥ 3
4	Proporción de egresos con epicrisis completa y oportuna	Proceso	Continuidad	Egresos con epicrisis completa entregada al egreso	Total de egresos del mes	(Egresos con epicrisis completa entregada al egreso / Total de egresos del mes) x 100	%	≥ 95%
5	Proporción de interconsultas respondidas antes de 24 horas	Proceso	Oportunidad	Interconsultas respondidas en ≤ 24 h	Total de interconsultas solicitadas	(Interconsultas respondidas en ≤ 24 h / Total de interconsultas solicitadas) x 100	%	≥ 90%

Indicadores del servicio de Cirugía: Se hizo reunión de manera presencial e individual se le presentan los indicadores institucionales. Se evalúan, se estudian y se verifica el proceso de recolección de información.

N°	NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO	DOMINIO DE CALIDAD	NUMERADOR	DENOMINADOR	FÓRMULA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	META
1	Proporción de cancelación de cirugía programada	Resultado	Eficiencia/Oportunidad	Cirugías programadas canceladas (todas las causas)	Total de cirugías programadas	(Cirugías programadas canceladas (todas las causas) / Total de cirugías programadas) x 100	%	≤ 5%
2	Proporción de cancelación atribuible a la institución	Resultado	Eficiencia	Cirugías canceladas por causa institucional	Total de cirugías programadas	(Cirugías canceladas por causa institucional / Total de cirugías programadas) x 100	%	≤ 2%

— 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: 7 de 16	

						das) x 100		
3	Propor- ción de pa- cien- tes pro- gram- ados in- cumpli- dos (in- asisten- cia)	Resul- tado	Eficiencia	Pacientes programa- dos que no asisten a cirugía	Total de pacientes progra- mados	(Pacientes programa- dos que no asisten a cirugía / Total de pacientes programa- dos) x 100	%	≤ 3%
4	Tasa de compli- cación anestési- ca	Resul- tado	Seguridad del paciente	Pacientes con com- plicación anestésica	Total de pacientes interven- idos	(Pacientes con com- plicación anestésica / Total de pacientes interven- idos) x 100	%	≤ 0,5%
5	Tasa de reinter- vención quirúr- gica no progra- mada	Resul- tado	Seguridad del paciente	Reinter- venciones no pro- gramadas del mismo evento quirúrgico	Total de pacientes interven- idos	(Reinter- venciones no progra- madas del mismo evento qui- rúrgico / Total de pacientes interven- idos) x 100	%	≤ 1%
6	Tasa de mortali- dad en salas de cirugía (< 24 horas)	Resul- tado	Seguridad del paciente	Muertes en salas den- tro de las 24 h del procedi- miento	Total de pacientes interven- idos	(Muertes en salas dentro de las 24 h del proce- dimiento / Total de pacientes interven- idos) x 100	%	0 casos
7	Tasa de infección de sitio quirúr- gico (ISQ)	Resul- tado	Seguridad del paciente (IAAS)	Casos de infección de sitio quirúrgico identifica- dos	Total de procedi- mientos quirúr- gicos reali- zados	(Casos de infección de sitio qui- rúrgico identifica- dos / Total de proce- dimientos	%	≤ 2%

— 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	 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: 8 de 16	

						quirúrgicos realizados) x 100		
8	Proporción de cirugía urgente sobre el total de intervenidos	Proceso	Pertinencia/Planeación	Personas intervenidas de urgencia	Total de personas intervenidas	(Personas intervenidas de urgencia / Total de personas intervenidas) x 100	%	Referencial
9	Oportunidad de la cirugía programada (lista de espera)	Proceso	Oportunidad	Sumatoria de días entre orden quirúrgica y realización de la cirugía	Total de cirugías programadas realizadas	Sumatoria de días entre orden quirúrgica y realización de la cirugía / Total de cirugías programadas realizadas	Días	≤ 30 días
10	Proporción de pacientes pendientes por programar (backlog quirúrgico)	Proceso	Oportunidad	Cirugías pendientes por programar (todas las especialidades)	Total de cirugías programadas del mes	(Cirugías pendientes por programar (todas las especialidades) / Total de cirugías programadas del mes) x 100	%	Referencial (gestión de demanda)
11	Adherencia a lista de chequeo de cirugía segura (OMS)	Proceso	Seguridad del paciente	Cirugías con lista de chequeo completa	Total de cirugías realizadas verificadas	(Cirugías con lista de chequeo completa / Total de cirugías realizadas verificadas) x 100	%	100%

El indicador numero dos se concreta suprimirlo porque hace parte de los indicadores normativos y con el fin de no generar doble reporte se suprime.

Indicadores del servicio de Ginecología y Sala de Partos: Se le presentan a la coordinadora del servicio los indicadores institucionales con el fin de estudiarlos, detallar la formula así como también el proceso de recolección de información dentro del servicio.

— 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: 9 de 16	

N °	SERVI-CIO	NOMBRE DEL IN-DICADOR	TIPO	DOMINIO DE CALIDAD	NUME-RADOR	DENO-MINA-DOR	FÓRMU-LA DE MEDI-CIÓN	UNI-DAD DE MEDI-DA	META
1	GINE-COLO-GÍA Y SALA DE PARTOS	Propor-ción de partos por cesá-rea	Resul-tado	Pertinencia	Número de cesá-reas rea-lizadas en el mes	Total de naci-mientos atendi-dos (par-tos + cesá-reas)	(Número de cesá-reas rea-lizadas en el mes / Total de naci-mientos atendi-dos (par-tos + cesá-reas)) x 100	%	≤ 30% (refe-rencia zOMS/ país)
2	GINE-COLO-GÍA Y SALA DE PARTOS	Propor-ción de partos con par-tograma comple-tamente diligen-ciado	Pro-ceso	Seguridad del paciente	Partos vagina-les con parto-grama comple-to	Total de partos vagina-les atendi-dos	(Partos vagina-les con parto-grama comple-to / Total de par-tos vagi-nales atendi-dos) x 100	%	100%
3	GINE-COLO-GÍA Y SALA DE PARTOS	Razón de morbili-dad ma-terna extrema (MME)	Resul-tado	Seguri-dad/Efectivi-dad	Casos de morbili-dad ma-terna extrema	Total de nacidos vivos	(Casos de morbili-dad materna extrema / Total de naci-dos vi-vos) x 1.000	Por 1.000 NV	Vigi-lancia (refe-ren-cial)
4	GINE-COLO-GÍA Y SALA DE PARTOS	Propor-ción de hemo-rragia obstétri-	Pro-ceso	Seguridad del paciente	Casos de hemo-rragia posparto maneja-	Casos de hemo-rragia posparto	(Casos de hemo-rragia posparto maneja-	%	100%

	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: 10 de 16	

		ca posparto maneja-da según código rojo			dos con protocolo código rojo	presen-tados	dos con protocolo código rojo / Casos de hemo-rragia posparto presen-tados) x 100		
5	GINE-COLO-GÍA Y SALA DE PARTOS	Propor-ción de gestan-tes atendi-das con ta-mización para sífilis al parto (VERIFI-CAR CON IAMI)	Pro-ceso	Efectividad	Gestan-tes con prueba de sífilis realizada al mo-mento del parto	Total de gestan-tes atendi-das en parto	(Gestan-tes con prueba de sífilis realizada al mo-mento del parto / Total de ges-tantes atendi-das en parto) x 100	%	100%
6	GINE-COLO-GÍA Y SALA DE PARTOS	Tasa de mortali-dad pe-rinatal institu-cional	Resul-tado	Efectividad	Muertes perinata-les ocu-rridas en la institu-ción	Total de naci-mientos atendi-dos	(Muertes perinata-les ocu-rridas en la institu-ción / Total de naci-mientos atendi-dos) x 1.000	Por 1.000 naci-mien-tos	Vigi-lancia (refe-ren-cial)
7	GINE-COLO-GÍA Y SALA DE PARTOS	Propor-ción de recién nacidos con APGAR < 7 a los 5 minutos	Resul-tado	Efectividad	Recién nacidos con APGAR < 7 al mi-nuto 5	Total de nacidos vivos institu-cionales	(Recién nacidos con APGAR < 7 al mi-nuto 5 / Total de nacidos vivos institu-	%	≤ 1%

							cionales) x 100		
8	GINE-COLO-GÍA Y SALA DE PARTOS	Propor-ción de reporte oportuno de na-cimientos a EAPB	Pro-ceso	Sistema de información	Reportes de par-tos/cesár-eas en-viados a EAPB en los pri-meros 5 días há-biles	Total de EAPB con na-cimien-tos en el mes	(Repor-tes de par-tos/cesár-eas en-viados a EAPB en los pri-meros 5 días há-biles / Total de EAPB con na-cimien-tos en el mes) x 100	%	100%

Una vez revisado los indicadores se encuentra que la responsabilidad del reporte de información para los indicadores 3 y 6 hacen parte de epidemiología, y los indicadores 5 y 8 hacen parte de IAMI, por lo que se debe realizar el traslado, una vez se presenten la mesa de trabajo con estas áreas se concretarán dentro del reporte de indicadores institucionales para esos procesos.

Indicadores del servicio de UCI (Unidad de Cuidado Intensivo): En los indicadores institucionales para el servicio de uci, se evalúan los siguientes:

N °	SER- VICIO	NOMBRE DEL IN- DICA- DOR	TIPO	DOMINIO DE CALIDAD	NUME- RADOR	DENOMI- NADOR	FÓRMU- LA DE MEDI- CIÓN	UNI- DAD DE ME- DIDA	META
1	UCI	Tasa de infec-ción del torrente sangui-neo asocia-da a catéter (ITS-AC)	Resul-tado	Seguridad del paciente (IAAS)	Casos nuevos de ITS-AC en UCI en el mes	Total de días-catéter central en UCI	(Casos nuevos de ITS-AC en UCI en el mes / Total de días-catéter central en UCI) x 1.000	Por 1.000 días-ca-téter	< 5 x 1.000 días-catéter

	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: 12 de 16	

2	UCI	Tasa de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC)	Resultado	Seguridad del paciente (IAAS)	Casos nuevos de ISTU-AC en UCI en el mes	Total de días-sonda vesical en UCI	(Casos nuevos de ISTU-AC en UCI en el mes / Total de días-sonda vesical en UCI) x 1.000	Por 1.000 días-sonda	< 5 x 1.000 días-sonda
3	UCI	Tasa de mortalidad en UCI	Resultado	Efectividad	Muertes ocurridas en UCI en el mes	Total de egresos de UCI	(Muertes ocurridas en UCI en el mes / Total de egresos de UCI) x 100	%	Referencial (según severidad)
4	UCI	Promedio de estancia en UCI	Resultado	Eficiencia	Sumatoria de días de estancia de egresos de UCI	Total de egresos de UCI	Sumatoria de días de estancia de egresos de UCI / Total de egresos de UCI	Días	≤ 7 días
5	UCI	Tasa de reingreso a UCI antes de 48 horas	Resultado	Efectividad/Seguridad	Pacientes que reingresan a UCI < 48 h tras traslado a piso	Total de egresos vivos de UCI	(Pacientes que reingresan a UCI < 48 h tras traslado a piso / Total de egresos vivos de UCI) x 100	%	≤ 3%
6	UCI	Porcentaje de ocupación de	Proceso	Eficiencia	Días-cama UCI ocupa-	Días-cama UCI disponibles	(Días-cama UCI ocupados /	%	75% - 90%

 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: 13 de	
			16	
PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN				

		UCI			dos		Días-cama UCI disponibles) x 100		
7	UCI	Proporción de extubaciones no programadas	Resultado	Seguridad del paciente	Extubaciones accidentales o no programadas	Total de pacientes con ventilación mecánica	(Extubaciones accidentales o no programadas / Total de pacientes con ventilación mecánica) x 100	%	≤ 2%

Los primeros dos indicadores son indicadores normativos por cuanto en la revisión inicial se suprimen, se socializan los siguientes tres indicadores encontrándolos adecuados. Para el adecuado estudio de cada indicador la coordinadora del servicio requiere que se estudien mas a profundidad por lo que manifiesta la intención que desde el SIC le remitan indicadores y luego generar otra mesa 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
Inicio inmediato del reporte de indicadores	Todos los referentes	Inmediato	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"

	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: 14 de 16	

normativos obligatorios			
Validación de fuentes de información y registros de control por servicio	Referentes de servicio	25 de agosto de 2026	Pendiente
Elaboración de fichas técnicas de indicadores institucionales	Referentes + Líder SIC	15 de septiembre de 2026	Pendiente
Definición del mecanismo de reporte (plataforma o correo)	Ing. Jeisson Natu	Septiembre de 2026	Pendiente

PROPOSICIONES Y VARIOS:

Se propone programar una reunión de seguimiento para evaluar el avance en el reporte de indicadores y definir el mecanismo de reporte periódico una vez concluido el ciclo de socialización.

FECHA Y HORA PROXIMA REUNIÓN:	Septiembre de 2026 – Reunión de seguimiento y definición del mecanismo de reporte periódico de indicadores institucionales.
LUGAR:	

REDACTÓ: **JEISSON ALEXANDER TRUJILLO SUNS**

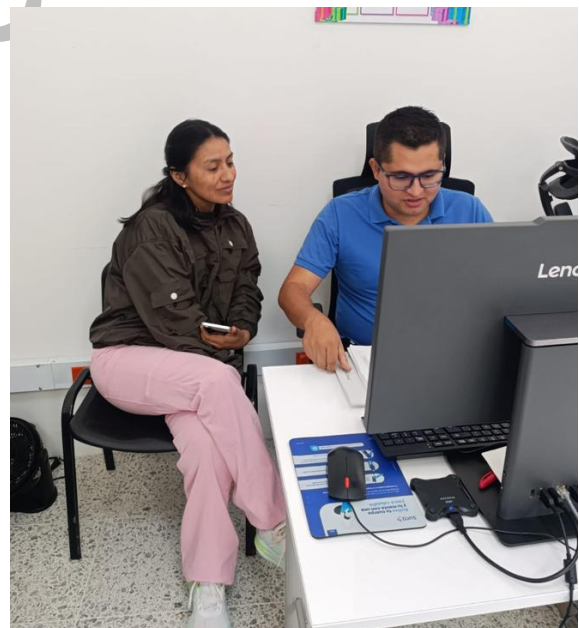
Ing. Industrial / Esp. Gerencia de proyectos
Líder de sistemas de información para la calidad

— 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"

	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: 15 de 16	

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"

 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: 16 de 16	

Listado de asistencia

 E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA Salud Integral, Impacto Real	FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA	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 DOCUMENTAL Y ARCHIVO	Código: MA-GDA-F-002	
		Versión: 05	
		Página: 2 de 2	

FECHA: Agosto **HORA:** _____

ACTIVIDAD: socialización Indicadores institucionales

Nº	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	CARGO/ ACTIVIDAD	TIPO DE VINCULACIÓN	FIRMA
1	Yury García Sánchez	1.081.418711	Enfermera	Agrupación	[Firma]
2	Vivian Lozano Ospina	1081392040	Auxiliar	Agrupación	[Firma]
3	Johanna Rivas	1081403556	Enfermera	Agrupación	[Firma]
4	Maria Golz Pérez	36068310	Enfermera	Agrupación	[Firma]
5	Maria Fernanda	1091403351	Asesora	Agrupación	[Firma]
6	Julisa Castañeda	55131028	Asesora Profesional	Agrupación	[Firma]
7	Monica Mejía	1080262517	Asesora	Agrupación	[Firma]
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

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"