



**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ
DE BELÉN DE UMBRÍA
NIT: 891.408.918-1
PLAN DE GESTIÓN**

CÓDIGO: DI-DA-003

FECHA: 19-04-2024

VERSIÓN TERCERA

PÁGINA: 1 de 31

PLAN DE GESTIÓN
Resolución 710 de 2012 - 743 de 2013 Y Modificaciones según Resolución 408 de 2018

**ESE HOSPITAL SAN JOSÉ - BELÉN DE UMBRÍA
RISARALDA**

**ERICA NATALIA RESTREPO FLORES
GERENTE**

2025- 2028



**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ
DE BELÉN DE UMBRÍA
NIT: 891.408.918-1
PLAN DE GESTIÓN**

CÓDIGO: DI-DA-003

FECHA: 19-04-2024

VERSIÓN TERCERA

PÁGINA: 2 de 31

JUNTA DIRECTIVA

JHON FREDY MONTES VELASQUEZ

Alcalde municipal (Presidente Junta Directiva)

MILLER JULIANA MOSQUERA GIRALDO

Secretaria de Salud Municipal

ANGELA VIVIANA VELEZ BEDOYA

Enfermera

Representante de los profesionales

CARLOS ALBERTO VELEZ TABARES

Representante Área Administrativa

CARLOS ALBERTO GIRALDO LOPEZ

Representante de asociación de Usuarios



TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|--------------------------------------|
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| JUSTIFICACIÓN 7 | |
| ALCANCE | 8 |
| OBJETIVOS | 8 |
| OBJETIVO GENERAL | 8 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 8 |
| CONTENIDO DEL PLAN DE GESTIÓN | 9 |
| ELEMENTOS MÍNIMOS DE LA GESTIÓN DE LA ESE | 9 |
| ÁREAS DE GESTIÓN DEL PLAN | 10 |
| ARTICULACIÓN DE PLANES EN LA ESE | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| DEFINICIÓN DE INDICADORES | 11 |
| 1. INDICADORES ÁREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%) | 11 |
| 1.1. PROMEDIO DE LA CALIFICACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA Y CUANTITATIVA EN DESARROLLO DEL CICLO DE PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN ART 2 DE LA R.2181/08 | 11 |
| 1.2. EFECTIVIDAD EN EL PAMEC | 12 |
| 1.3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL | 13 |
| 2. DEFINICIÓN DE INDICADORES ÁREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%) | 15 |
| 2.1. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO | 15 |



2.2. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO UVR PRODUCIDA

16

2.3. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO

REALIZADAS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS A TRAVÉS DE

COOPERATIVAS DE ESEs Y/O MECANISMOS ELECTRÓNICOS 17

2.4. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS

DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SS Y

VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A VIGENCIA ANTERIOR 18

3.1. UTILIZACION DE INFORMACION DE RIPS 19

3.2. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO 20

3.3. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN DE LA

CIRCULAR ÚNICA A LA SUPERINTENDENCIA 21

3.4. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN DEL DECRETO 2193/04 22

4. DEFINICIÓN DE INDICADORES ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

(40%) 23

4.1. PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE

GESTACIÓN (FICHA 21) 24

4.2. INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE 25

4.3. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA. GUÍA DE

ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA 26



**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ
DE BELÉN DE UMBRÍA
NIT: 891.408.918-1
PLAN DE GESTIÓN**

CÓDIGO: DI-DA-003

FECHA: 19-04-2024

VERSIÓN TERCERA

PÁGINA: 5 de 31

| | |
|--|----|
| 4.4. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO | 27 |
| 4.5. REINGRESOS SERVICIO DE URGENCIAS | 28 |
| 4.6. OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL | 30 |



**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ
DE BELÉN DE UMBRÍA
NIT: 891.408.918-1
PLAN DE GESTIÓN**

CÓDIGO: DI-DA-003

FECHA: 19-04-2024

VERSIÓN TERCERA

PÁGINA: 6 de 31

INTRODUCCIÓN

El Plan de Gestión al que se refieren las resoluciones 710 de 2012 y la Resolución 743 de 2013, las cuales se constituyen en los documentos que reflejan los compromisos que el Director o Gerente de la Empresa Social del Estado, establece ante la Junta Directiva de la entidad, los cuales deben incluir como mínimo las metas y actividades en las áreas de Dirección y Gerencia (20%), Área Administrativa y Financiera (40%) y Área de Gestión Clínica o Asistencial (40%), que sin ir en contravía de la planeación general de la ESE, se constituye en un documento aparte, cuyo cumplimiento se debe medir a través de los indicadores definidos en los anexos técnicos de las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013. Si no existe un plan general de la ESE, el plan de gestión formulado debe constituirse en base para el desarrollo de la entidad.

La Resolución 710 del 20 de marzo de 2012 del Ministerio de Salud y Protección social tiene por objeto adoptar las condiciones y la metodología para la elaboración y presentación de los planes de gestión por parte de los gerentes de las ESEs y su evaluación por parte de la Junta Directiva, la Resolución 743 de 2013 modificada parcialmente la Resolución 710 de 2012

Este plan de gestión Gerencial contiene los resultados a alcanzar por el período comprendido entre el 01 de julio de 2025 y el 31 de marzo de 2028, determinando las actividades a ser realizadas y las metas que deberán ser evaluadas de manera anual y busca impactar de manera positiva la prestación de los servicios de salud a la población belumbrense de manera intra y extramural, trabajando articuladamente con las instituciones de salud de orden municipal, departamental y del ministerio de salud, manteniendo el equilibrio financiero de la ESE a través de una administración eficiente y transparente.



**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ
DE BELÉN DE UMBRÍA
NIT: 891.408.918-1
PLAN DE GESTIÓN**

CÓDIGO: DI-DA-003

FECHA: 19-04-2024

VERSIÓN TERCERA

PÁGINA: 7 de 31

JUSTIFICACIÓN

El Plan de Gestión, se constituye en el instrumento idóneo y exigible al Gerente, para su aprobación y evaluación por parte de la Junta Directiva de la ESE Hospital San José, el cual deberá reflejar los aspectos estratégicos, tácticos y operativos inherentes a la planificación como función a cargo del gerente.

La presentación del Plan de Gestión 2025 – 2028 a los miembros de la Junta Directiva se constituye en el mecanismo legal que define el Ministerio de Salud y la Protección Social como responsabilidad del gerente de la ESE, conforme a lo establecido en la Resolución 710 de 2012 y modificado por la resolución 743 de 2013 y por la resolución 408 de 2018.



ALCANCE

El Plan de Gestión presentado por el Gerente a la Junta Directiva debe contener los resultados a alcanzar durante el período 2025- 2028 determinando las actividades a ser realizadas y las metas que deberán ser evaluadas de manera periódica.

El plan debe ser coherente con los planes estratégicos, operativos, de desarrollo, de acción, o cualquier otra forma de planeación que exista en la institución.

El Plan de Gestión contendrá en forma ordenada y coherente:

- Las metas de gestión y de resultados, teniendo en cuenta los indicadores y estándares anuales por áreas de gestión, contenidos en el anexo 2 de la Resolución 408 de 2018.
- El diagnóstico inicial o línea base para cada indicador.
- El establecimiento de logros o compromisos de gestión.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Garantizar la prestación de servicios de salud a la población belumbrense, cumpliendo con los atributos de calidad como accesibilidad, oportunidad, pertinencia y satisfacción de los usuarios, teniendo como referencia la política de seguridad del paciente y la humanización en la atención, estableciendo a través de los indicadores y de la información contenida en el diagnóstico inicial, los logros a alcanzar por el área de gestión que se podrán evidenciar al final de la vigencia del periodo de la Gerencia 2025 – 2028.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las actividades y acciones que se ejecutarán para alcanzar los logros planteados, elaborando una matriz que contenga las siguientes variables: Área de gestión, logros o compromisos planteados para el período de gerencia, actividades generales a desarrollar, responsable del indicador.
2. Presentar a la Junta Directiva el informe anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión de la vigencia anterior con corte a 31 de diciembre, a más tardar el 1º de abril de cada año



**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ
DE BELÉN DE UMBRÍA
NIT: 891.408.918-1
PLAN DE GESTIÓN**

CÓDIGO: DI-DA-003

FECHA: 19-04-2024

VERSIÓN TERCERA

PÁGINA: 9 de 31

3. Realizar el despliegue del mismo a las áreas y unidades de gestión de la entidad, en forma de planes de acción u operativos de trabajo, con la asignación de responsabilidades.
4. Articular el Plan de Gestión Gerencial con los planes de desarrollo Nacional, Departamental y Municipal en lo referente en salud

CONTENIDO DEL PLAN DE GESTIÓN

1. Diagnóstico inicial o línea de base para cada indicador.
2. Las metas de gestión y de resultados: indicadores aplicables a cada entidad (resultado al final del periodo).
3. La meta es el estándar establecido para cada indicador.
4. Establecimiento de Logros o Compromisos de Gestión.
5. Lineamientos generales del plan a ejecutar (con las actividades más importantes).

ELEMENTOS MÍNIMOS DE LA GESTIÓN DE LA ESE

1. Viabilidad financiera.
2. Calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.
3. Reporte de información a Supersalud y Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere.



**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ
DE BELÉN DE UMBRÍA
NIT: 891.408.918-1
PLAN DE GESTIÓN**

CÓDIGO: DI-DA-003

FECHA: 19-04-2024

VERSIÓN TERCERA

PÁGINA: 10 de 31

ÁREAS DE GESTIÓN DEL PLAN

1. Área de Dirección y Gerencia (20%)
2. Área Administrativa y Financiera (40%)
3. Área de Gestión Clínica o Asistencial (40%)



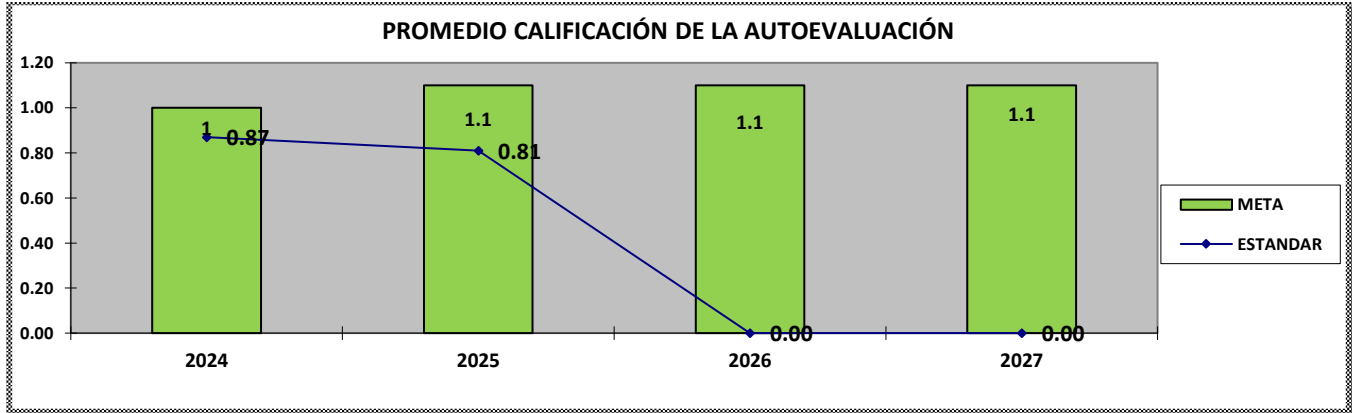
DEFINICIÓN DE INDICADORES

1. INDICADORES ÁREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%)

1.1. PROMEDIO DE LA CALIFICACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA EN EL DESARROLLO DEL CICLO DE PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN ART 2 DE LA R.2181/08

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el documento diligenciado del promedio de las autoevaluaciones de los estándares del sistema único de acreditación.

| INDICADOR | LÍNEA BASE (31 DIC 2024) | COMPROMISO | ACTIVIDADES | RESPONSABLE |
|--|--------------------------|--|---|---|
| Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación Art. 2 de la R.2181/08 | 0.87 | Realizar una autoevaluación basado en estándares de acreditación anual, donde se logre evidenciar la mejora continua | <ol style="list-style-type: none">Fortalecer Política de Seguridad del PacienteFortalecer la humanización en la prestación del servicio de salud.Fortalecer el proceso de capacitación al talento humanoMejorar el ambiente laboral al cliente interno | Subdirección científica, subdirección administrativa Gerencia |



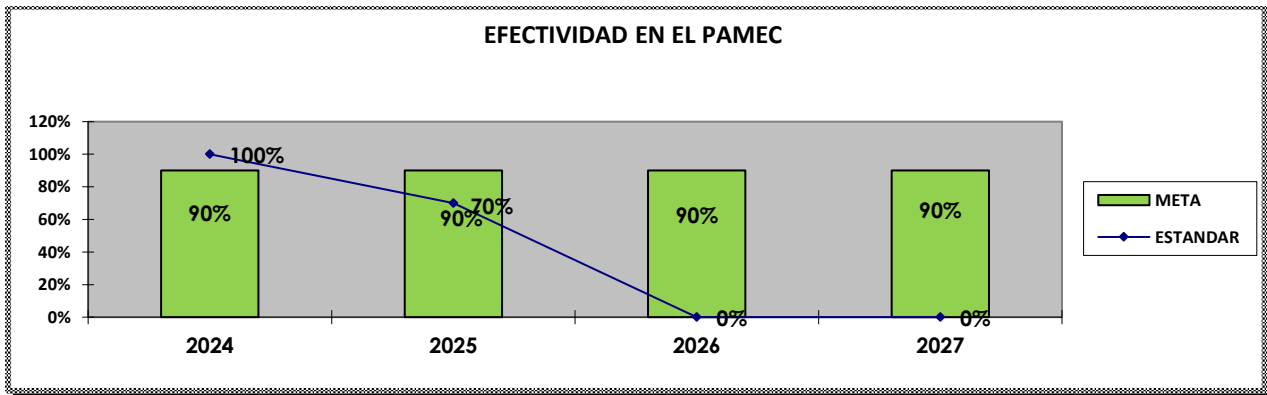
1.2. EFFECTIVIDAD EN EL PAMEC

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el documento del cumplimiento promedio de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación.

| INDICADOR | LÍNEA BASE (31 DIC 2024) | COMPROMISO | ACTIVIDADES | RESPONSABLE |
|-------------------------|--------------------------|--|--|---|
| Efectividad en el PAMEC | 100% | Ejecutar acciones derivadas de las auditorías realizadas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar un ciclo de auditoría interna anual. 2. Programar, ejecutar y realizar seguimiento a las acciones de mejora enfocados en la calidad y satisfacción del usuario 3. Implementación de los planes de mejora | <p>Subdirección científica</p> <p>Control Interno</p> |



| | | | | |
|--|--|--|------------------------------------|--|
| | | | generados por los entes de control | |
|--|--|--|------------------------------------|--|



No se dio cumplimiento a este indicador: 70% y la meta es el 90%

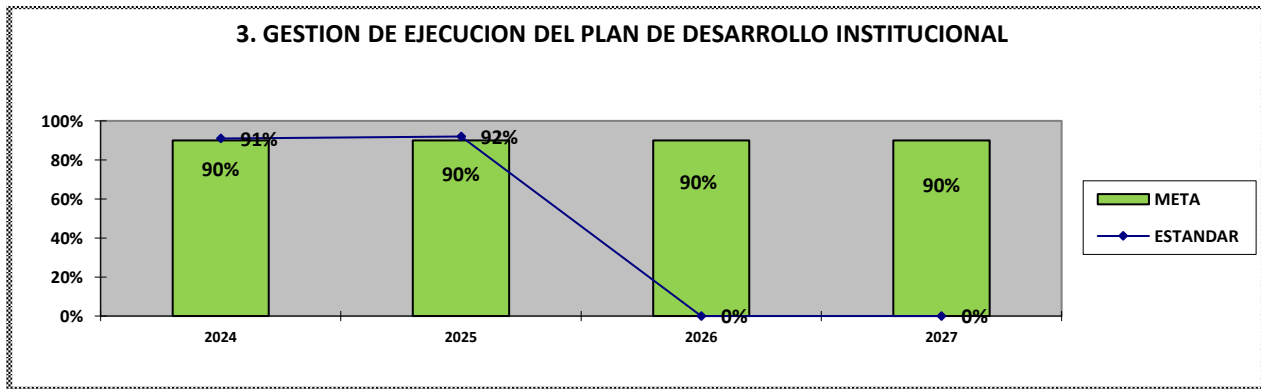
1.3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe del responsable de planeación de la ESE y el informe de control interno de la entidad, que debe contener el número de metas del plan operativo cumplidas frente al número de programadas.

| INDICADOR | COMPROMISO | ACTIVIDADES | RESPONSABLE |
|---|---------------------------|---|---|
| Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional | planes operativos anuales | <ol style="list-style-type: none"> Diseño y ejecución de planes operativos anuales por procesos Socialización y seguimiento periódico a | Subdirección científica, subdirección administrativa, control interno |



| | | | |
|--|--|---|--|
| | | Ejecución de las actividades 3. Revisión y ajuste periódico a las actividades programadas. | |
|--|--|---|--|



El cumplimiento consolidado de todos los planes operativos anuales fue del 92%, cumpliendo la meta que es del 90%

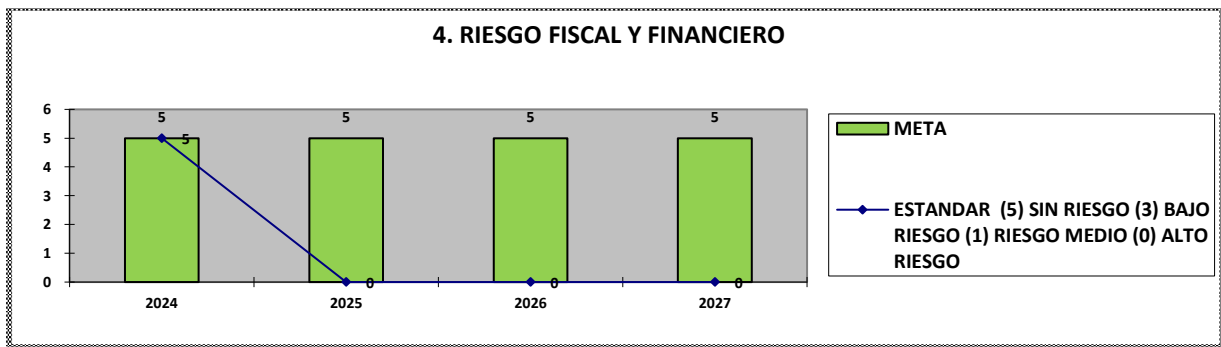


2. DEFINICIÓN DE INDICADORES ÁREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)

2.1. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la certificación dada por el ministerio de la salud y protección social.

| INDICADOR | LINEA BASE (31 DIC 2024) | COMPROMISO | ACTIVIDADES | RESPONSABLE |
|----------------------------|--|--|---|--|
| Riesgo Fiscal y Financiero | Resolución 1122 del 30 de mayo de 2025 Entidad Categorizada Sin Riesgo | Mantener la ESE categorizada en sin riesgo | 1. Racionalización del Gasto 2. Fortalecimiento de Ingresos a través de procesos administrativos más eficientes. 3. Mejoramiento y /o mantenimiento de indicadores de salud de la población | Gerente Subdirector Administrativo Contador Líderes de Proceso y Recurso Humano de la ESE |



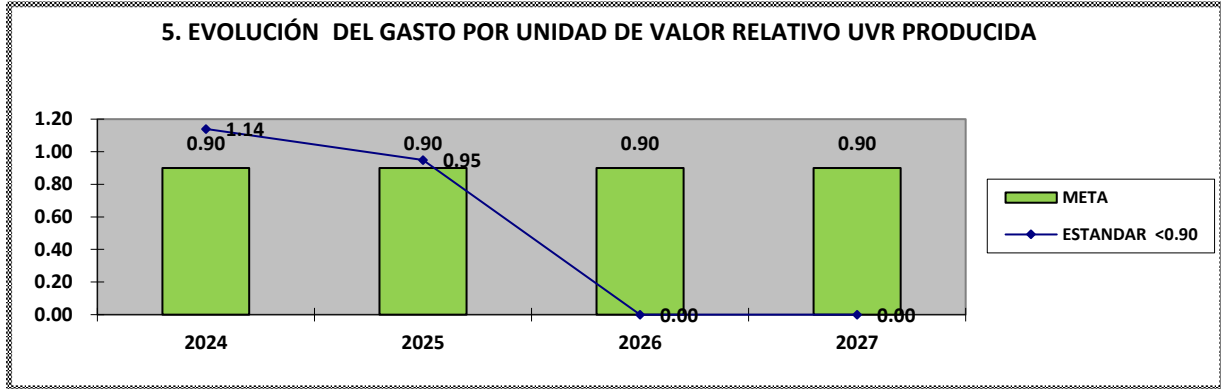
No se cuenta con el dato por parte del Ministerio de Salud.



2.2. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO UVR PRODUCIDA

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento del decreto 2193 de 2004.

| INDICADOR | LÍNEA BASE (31 DIC 2024) | COMPROMISO | ACTIVIDADES | RESPONSABLE |
|---|--------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| Evolución del gasto por unidad de valor relativo UVR producida | 1.08 | Mantener el indicador menor a 1 | <ol style="list-style-type: none">1. Ejecutar medidas de racionalidad y austeridad en los gastos.2. Realizar seguimiento trimestral a la UVR3. Ejecución de gastos basado en recaudo.4. Analizar trimestralment e las facturas pagadas con variación en precios para tomar opciones más económicas | Gerente Subdirector Administrativo Contador |



Resultado: 0.95

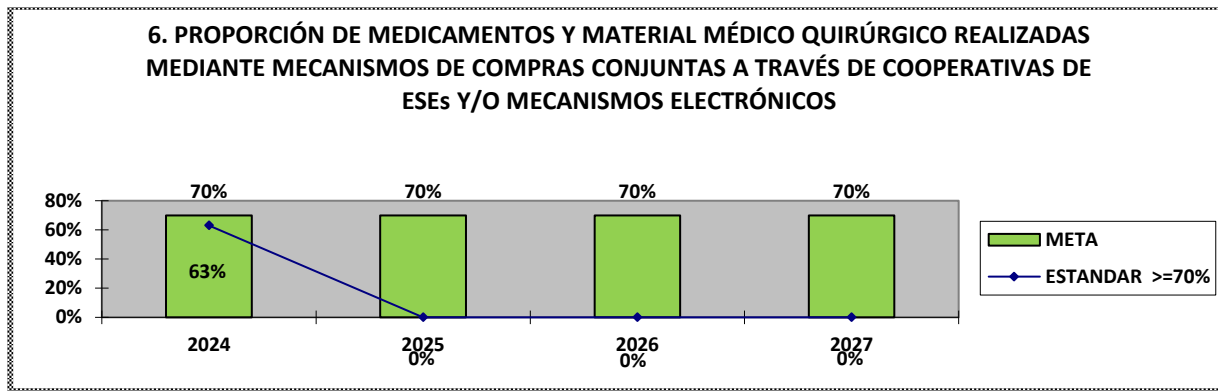
2.3. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO REALIZADAS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE ESEs Y/O MECANISMOS ELECTRÓNICOS

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe del responsable del área de compras firmado por contador y responsable de control interno.

| INDICADOR | LINEA BASE (31 DIC 2024) | COMPROMISO | ACTIVIDADES | RESPONSABLE |
|--|--------------------------|--|--|---|
| Proporción de medicamentos y material médico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de | 0.63% | Realizar el 70% de las compras de medicamentos y material médico quirúrgico a través de cooperativas | Promover por parte de la ESE la participación de cooperativas en las licitaciones públicas que se realizan durante la vigencia | Gerente Subdirector Administrativo Contador |



| | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|--|
| eses y/o mecanismos electrónicos | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|--|



El resultado de este indicador fue del 0%(no se tiene convenio con Cooperativas)

2.4. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SS Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A VIGENCIA ANTERIOR

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la certificación del contador de la ESE.

| INDICADOR | LINEA BASE (31 DIC 2024) | COMPROMISO | ACTIVIDADES | RESPONSABLE |
|--|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de | 0 | Cero (0) O variación positiva | 1. Gestión con las aseguradoras para | Gerente Subdirector Administrativo |



| | | | | |
|---|--|--|---|----------|
| salarios del personal de planta y por concepto de contratación de ss y variación del monto frente a vigencia anterior | | | garantizar el pago oportuno de los salarios | Contador |
|---|--|--|---|----------|

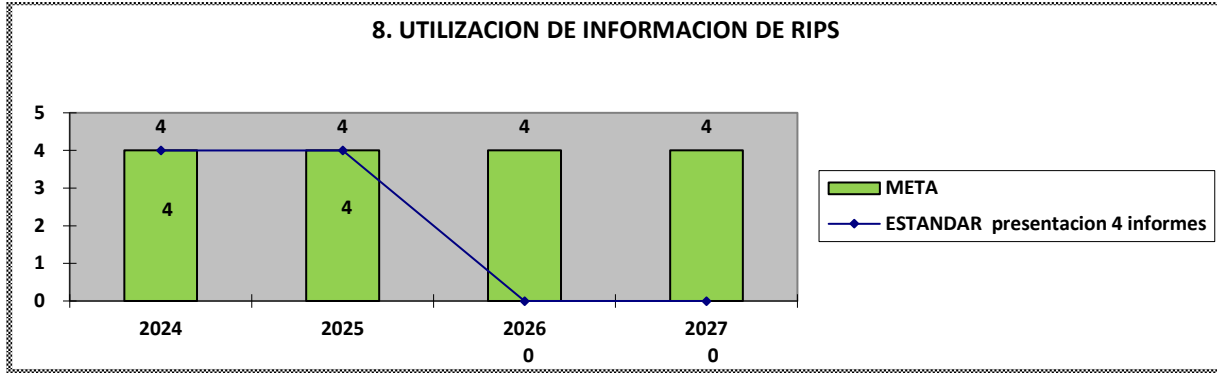
| | Año 2024 | Año 2025 | Año 2026 | Año 2027 |
|-------------|--------------------|--------------------|----------|----------|
| META | Variación positiva | Variación positiva | | |

Durante la vigencia 2025 se dio cumplimiento durante todos los meses a los pagos oportunos del personal de planta fija y temporal y de la empresa temporal.

1.1. UTILIZACION DE INFORMACION DE RIPS

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador son los informes del responsable de la planeación y actas de la junta directiva.

| INDICADOR | LÍNEA BASE (31 DIC 2024) | COMPROMISO | ACTIVIDADES | RESPONSABLE |
|------------------------------------|--------------------------|--|--|---|
| Utilización de información de RIPS | 4 | Realizar cuatro informes anuales a la junta directiva basado en la información contenida en los RIPS | Realizar análisis de la información contenida en los RIPS y generar informes para presentar a la junta directiva de la ESE | Gerente Subdirector Administrativo Subdirección científica Líderes de Procesos |



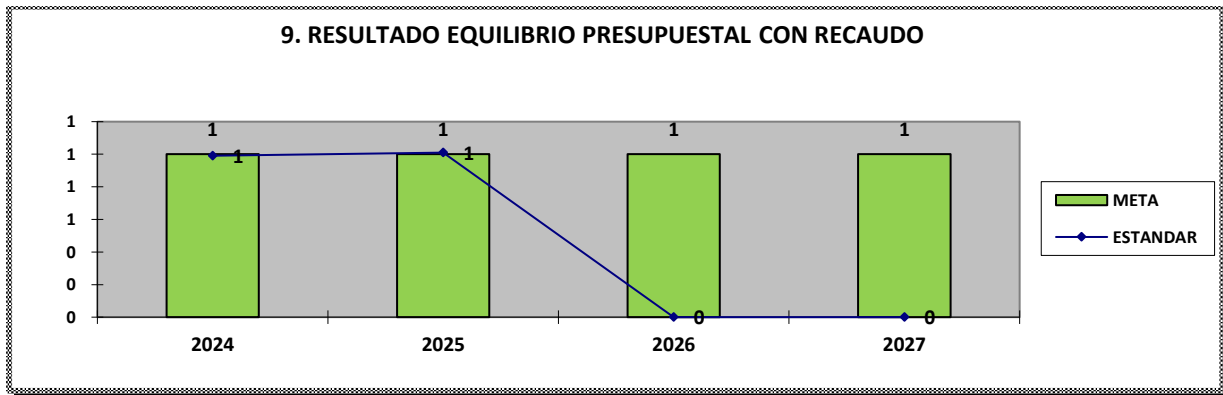
1.2. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.

| INDICADOR | LINEA BASE (31 DIC 2024) | COMPROMISO | ACTIVIDADES | RESPONSABLE |
|---|--------------------------|-------------------|--|---|
| Resultado equilibrio presupuestal con recaudo | 0.99 | Mayor o igual a 1 | 1. Realizar el presupuesto teniendo en cuenta los valores de referencia del año anterior. 2. Realizar un plan anual de caja acorde a la realidad financiera de la ESE. 3. Garantizar | Gerente Subdirector Administrativo Contador |



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | un proceso de cobro permanente con los acreedores de la ESE. | |
|--|--|--|--|--|



Resultado vigencia 2025: 1.01

1.3. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN DE LA CIRCULAR ÚNICA A LA SUPERINTENDENCIA

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la Superintendencia Nacional de Salud.

| INDICADOR | LINEA BASE (31 DIC 2024) | COMPROMISO | ACTIVIDADES | RESPONSABLE |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--|---|
| Oportunidad en la entrega del reporte de información de la Circular Única a la Superintendencia | Oportuno | Generar un informe veraz y oportuno | Ingresar y consolidar información que permita generar y analizar informe a la Superintendencia | Líder Proceso Sistemas de Información Subdirección científica Control Interno |



| | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 |
|-----------------|------------------|------------------|------|------|
| ESTÁNDAR | Entrega oportuna | Entrega oportuna | | |
| META | Entrega oportuna | Entrega oportuna | | |

1.4. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN DEL DECRETO 2193/04

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el Ministerio de Salud y Protección Social.

| INDICADOR | LINEA BASE (31 DIC 2024) | COMPROMISO | ACTIVIDADES | RESPONSABLE |
|--|--------------------------|-------------------------------------|--|---|
| Oportunidad en el reporte de información del decreto 2193/04 | Oportuno | Generar un informe veraz y oportuno | Generar, consolidar y analizar datos que permitan generar y reportar el análisis del 2193 oportunamente. | Gerente Subdirector Administrativo Subdirección científica Control Interno |

| | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 |
|-----------------|------------------|---------------------|------|------|
| ESTÁNDAR | Entrega oportuna | Entrega no oportuna | | |
| META | Entrega oportuna | Entrega oportuna | | |

Resultado vigencia 2025: entrega no oportuna

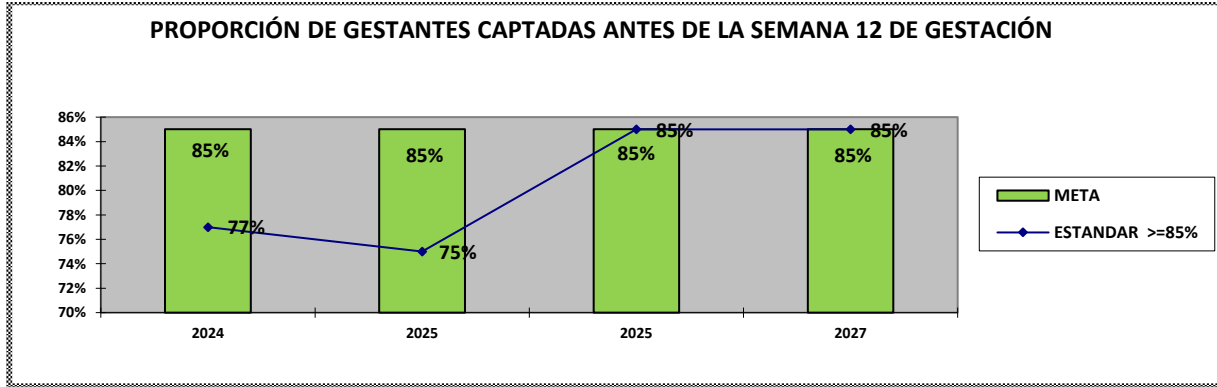


2. DEFINICIÓN DE INDICADORES ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%)

2.1. PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN (FICHA 21)

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe de comité de historias clínicas y del Coordinador de PyP de la ESE.

| INDICADOR | LINEA BASE (31 DIC 2024) | COMPROMISO | ACTIVIDADES | RESPONSABLE |
|---|--------------------------|--|--|-----------------|
| Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación | 70% | Mantener las gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación en una proporción igual o mayor al 0.85 | <ol style="list-style-type: none">Mantener las actividades de demanda inducida.Realizar alianza estratégica con las comunidades estudiantiles y asociación de usuarios para la reporte y atención oportuna de las gestantes.Realizar búsqueda activa de gestantes en todas las actividades de salud intra y extramural | Coordinador PYP |



Proporción de Gestantes ingresadas en el 1 trimestre año 2025

| MES | TOTAL DE INGRESOS | 1ER. TRIMESTRE | % CUMPLIMIENTO |
|--------------|-------------------|----------------|----------------|
| ENERO | 36 | 23 | 64% |
| FEBRERO | 14 | 14 | 100% |
| MARZO | 21 | 14 | 67% |
| ABRIL | 21 | 14 | 67% |
| MAYO | 18 | 17 | 94% |
| JUNIO | 11 | 4 | 36% |
| JULIO | 18 | 15 | 83% |
| AGOSTO | 21 | 17 | 81% |
| SEPTIEMBRE | 18 | 15 | 83% |
| OCTUBRE | 8 | 6 | 75% |
| NOVIEMBRE | 12 | 11 | 92% |
| DICIEMBRE | 14 | 10 | 71% |
| TOTAL | 212 | 160 | 76% |

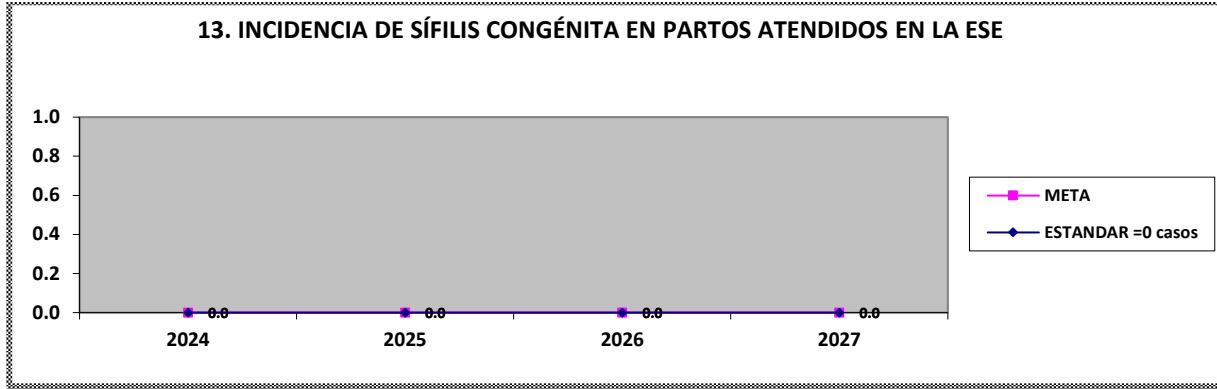
Para la Vigencia 2025 el cumplimiento del indicador de Ingreso de gestantes en el primer trimestre al programa Prenatal fue de 76% y la meta es el 85%.



2.2. INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el concepto del COVE territorial y todo a aquello que permita verificar cumplimiento por parte de la ESE.

| INDICADOR | LINEA BASE (31 DIC 2024) | COMPROMISO | ACTIVIDADES | RESPONSABLE |
|---|--------------------------|---|--|-----------------|
| Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE | 0 | Mantener en cero casos la sífilis congénita | <ol style="list-style-type: none">1. Captación en el primer trimestre de gestación.2. Mantener y fortalecer la estrategia educativa en las gestantes.3. Detectar y realizar seguimiento oportuno a los casos de sífilis gestacional.4. Trabajo coordinado con la Secretaria de salud para el reporte oportuno especialmente de la población migrante. | Coordinador PYP |

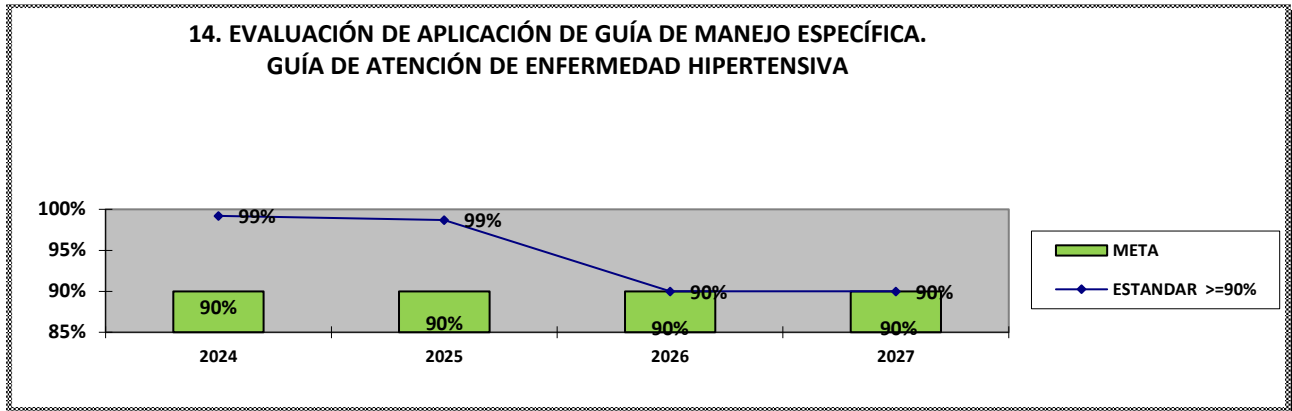


Durante la vigencia del año 2025 no se presentaron casos de Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.

2.3. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA. GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe de Comité de Historias Clínicas y del programa de la ESE.

| INDICADOR | LINEA BASE (31 DIC 2024) | COMPROMISO | ACTIVIDADES | RESPONSABLE |
|--|--------------------------|---|---|--|
| Evaluación de aplicación de guía de manejo específica. Guía de atención de enfermedad hipertensiva | 99,2% | Mantener y fortalecer la aplicación de la guía de atención hipertensiva | <ol style="list-style-type: none"> Hacer revisión y resocialización de la guía. Realizar seguimiento a la aplicación de la misma. Realizar auditoria de historias clínicas y análisis de los resultados. | Coordinador PYP Subdirección científica Comité de Historias Clínicas |



La evaluación de la guía de HTA para la vigencia 2025 fue favorable, conservando la tendencia positiva, resultado de 98,7%.

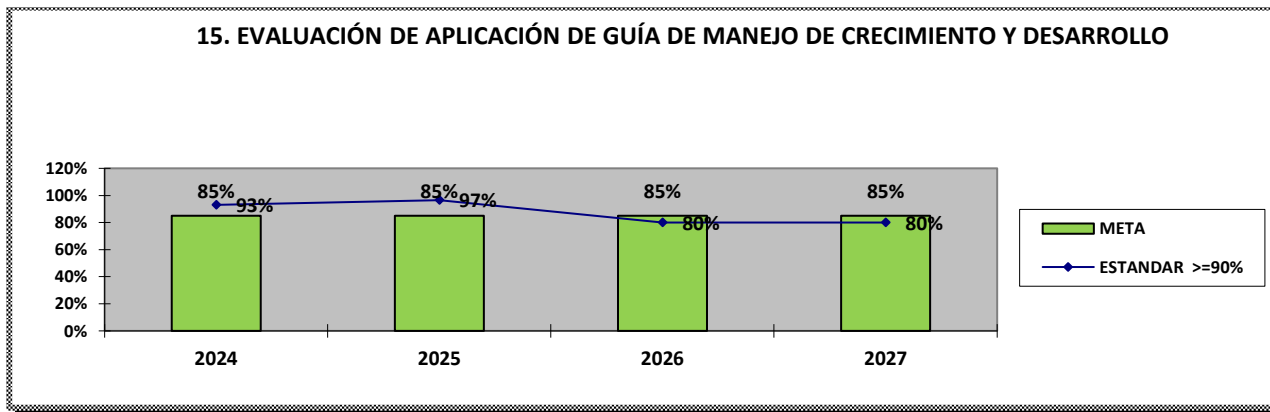
2.4. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe de Comité de Historias Clínicas y del programa de la ESE.

| INDICADOR | LINEA BASE (31 DIC 2024) | COMPROMISO | ACTIVIDADES | RESPONSABLE |
|--|--------------------------|--|---|--|
| Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo | 93% | Mantener y fortalecer la aplicación de la guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo | <ol style="list-style-type: none"> Hacer revisión y resocialización de la guía. realizar seguimiento a la aplicación de la misma. realizar auditoria de historias clínicas y análisis de los | Coordinador PYP Subdirección científica Comité de Historias Clínicas |



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | resultados. 4. Capacitación al personal en Generalidades de CYD | |
|--|--|--|--|--|



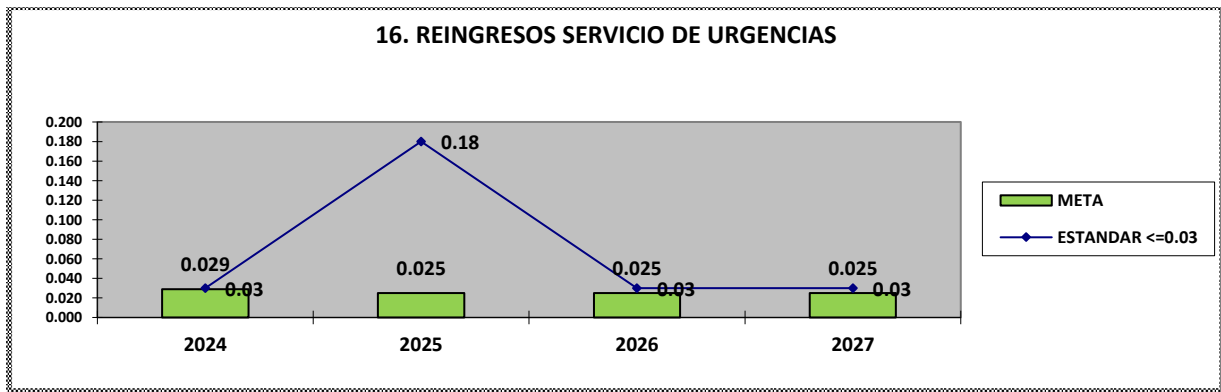
La evaluación de la guía de crecimiento y desarrollo para la vigencia 2025 fue adecuada, conservando la tendencia positiva, resultado de 96.5%.



2.5. REINGRESOS SERVICIO DE URGENCIAS

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el Comité de Calidad y el sistema de información de la ESE.

| INDICADOR | LINEA BASE (31 DIC 2024) | COMPROMISO | ACTIVIDADES | RESPONSABLE |
|----------------------------------|--------------------------|---|--|---|
| Reingresos servicio de urgencias | 0.029 | Mantener el indicador de reingresos por urgencia debajo de 0.03 | 1. Realizar auditoria de pertinencia (adherencia a guías) 2. Realizar análisis y acciones de mejora a los casos de reingresos por la misma causa(casos prevenibles) 3. Retroalimentación permanente al personal médico de los casos de reingresos. | Subdirección científica Líder Proceso de Urgencias |



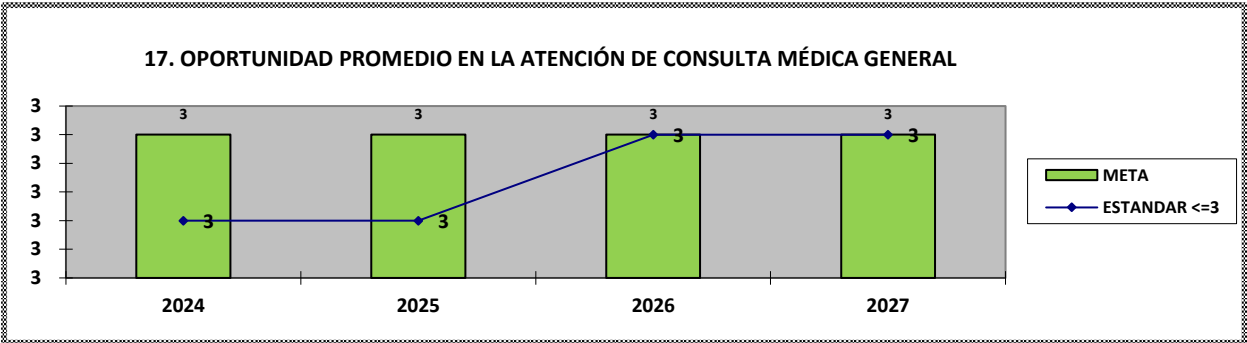
Durante el año 2025 se presentó in indicador de reingreso de 0.18, indicador adecuado.



2.6. OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el reporte de la Resolución 1446.

| INDICADOR | LINEA BASE (31 DIC 2024) | COMPROMISO | ACTIVIDADES | RESPONSABLE |
|--|--------------------------|--|---|--|
| Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general | 2.3 | Mantener la oportunidad en consulta médica, mejorando el procedimiento de asignación de turnos | <ol style="list-style-type: none">1. asignación de turnos de acuerdo a frecuencias de uso (citas al día, citas programadas)2. fortalecer el proceso de asignación de citas de forma presencial, telefónica y virtual.3. Dar continuidad al proceso de asignación de turnos a través de los líderes de las veredas4. Implementar mecanismos de información para sensibilizar a la población en el uso racional de las citas(citas perdidas) | Gerente subdirección científica Líder Proceso Consulta Externa |



Erica Natalia Restrepo F.

Erica Natalia Restrepo Florez
Gerente ESE Hospital San José
Belén de Umbría – Risaralda