

INFORME PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2024

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD SOACHA

DIEGO ALEJANDRO GARCÍA LONDOÑO
Gerente

INDICADORES

AREA DE GESTIÓN	TOTAL INDICADORES
DIRECCIÓN Y GERENCIA	3
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	7
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	6
TOTAL	16

MARZO 31 DE 2025

CONTENIDO

A. INDICADORES DE DIRECCIÓN Y GERENCIA	3
1. INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.	3
2. INDICADOR: EFECTIVIDAD DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	8
3. INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	10
B. INDICADORES DE FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	14
4. INDICADOR: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	14
5. INDICADOR: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA.	15
6. INDICADOR: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS:	18
7. INDICADOR: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE PLANTA O POR OPS Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.	19
8. INDICADOR: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS.	20
9. INDICADOR: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	22
10. INDICADOR: OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.	24
11. INDICADOR: OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193.	26
C. INDICADORES CLÍNICA ASISTENCIAL	29
21. INDICADOR: PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN.	29
22. INDICADOR: INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE.	35
23. INDICADOR: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA.	37
24. INDICADOR: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.	40
25. INDICADOR: PROPORCIÓN DE REINGRESOS DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS.	43
26. INDICADOR: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL.	44

A. INDICADORES DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

1. INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.

1.1. Información del Indicador

En atención al compromiso de la gerencia con la autoevaluación del Sistema único de Acreditación, de acuerdo a la resolución 5095 de 2018 y 1321 del 2021, se avanzó para la vigencia 2024 en las variables de enfoque, implementación y resultado.

PROYECCIÓN DE METAS			
2024	2025	2026	2027
2,4	2,88	3,45 Presentarse a Certificación	Certificado

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Resultado Alcanzado 2023	Resultado Alcanzado 2024	Resultado Indicador
Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	≥ 2.4	2,0	2,0	1,0

1.2. Actividades a desarrollar:

Durante el 2024 se realizaron diferentes actividades, con el fin de fortalecer el programa de implementación del Sistema único de Acreditación CA-PRI-05 y su correspondiente plan de acción CA-FTO-26, las cuales se materializaron en las siguientes actividades:

- **Formulación al plan de mejoramiento del sistema único de acreditación:**

Durante el enero del 2024 se formuló el plan de mejoramiento del Sistema Único de Acreditación, de acuerdo a las oportunidades de mejora identificadas de la autoevaluación del 2023, aplicando la metodología de priorización de riesgo, costo y volumen, arrojando 188 oportunidades de mejora priorizadas, de las cuales se formularon 752 acciones mediante la metodología de análisis causal CA-FTO-83 (Mano de obra, Metodo, Materia prima, Maquina, Medio ambiente, Medición).

- **Seguimiento al plan de mejoramiento del sistema único de acreditación:**

Durante cada trimestre del 2024, se realizó seguimiento a las acciones de cada oportunidad de mejora de acuerdo a cada grupo de estándar, mediante la verificación de soportes de documentación, capacitaciones y mediciones; arrojando una ejecución de 258 de 752 acciones planeadas para un cumplimiento del 31% .

CONSOLIDADO PLAN DE MEJORAMIENTO SUA POR GRUPO DE ESTÁNDAR			
GRUPO DE ESTÁNDAR	TOTAL	EJECUTADAS	% CMTO
Pacas	428	161	38%
Direccionamiento	68	21	31%
Gerencia	80	29	36%
Gerencia Del Talento Humano	60	16	27%
Gerencia Del Ambiente Físico	60	18	30%
Gestión De La Tecnología	24	5	21%
Gerencia De La Información	20	1	5%
Mejoramiento De La Calidad	12	7	58
TOTAL	752	258	31%

Fuente: Matriz de autoevaluación – Referente de Acreditación

- **Acompañamiento técnico:**

Se mantuvo acompañamiento al 100% de los referentes, líderes y coordinadores de proceso, brindando asesoría técnica en la implementación de la intencionalidad de cada uno de los estándares de la resolución 5095 del 2018 y 1328 del 2021, y de las acciones relacionadas con cada oportunidad de mejora (documentación, socialización al colaborador, estrategias de implementación al usuario y mecanismo de medición), dejando cada acompañamiento registrado en el formato CA-FTO-41 Acta de acompañamiento y evaluación de asistencia técnica.

- **Plan de capacitación:**

Durante cada trimestre del 2024, se realizó capacitación del Sistema Único de Acreditación (estructura de grupo de estándares, interpretación de estándares, hoja radar, autoevaluación), a cada uno de los referentes, líderes y coordinadores de proceso, mediante las mesas de segundo nivel, dejando cada capacitación registrado en el formato CA-FTO-50 Acta de mesas de mejoramiento continuo.

- **Ejecución de mesas de mejoramiento:**

Mensualmente se ejecutaron las mesas de mejoramiento continuo (mesas de primer nivel, mesas de segundo nivel y mesas de tercer nivel), donde cada una de ellas se llevaron el grado de avance del plan de mejoramiento SUA, grado de avance del proceso de autoevaluación cualitativa y cuantitativa, grado de avance en el programa de implementación del Sistema Único de Acreditación, análisis de indicadores de ICONTEC.

- **Ejecución del proceso de autoevaluación cualitativa del sistema único de acreditación:**

La preparación del proceso de autoevaluación cualitativa inicio en septiembre del 2024, mediante el fortalecimiento de conceptos de interpretación de las variables de la hoja radar, inicio de redacción de la autoevaluación cualitativa en cada una de sus variables (enfoque, implementación y resultado), quedando registrada en el formato CA-FTO-76 y así mismo alistamiento de los soportes descritos en la misma.

- **Ejecución del proceso de autoevaluación cuantitativa del sistema único de acreditación:**

El proceso de autoevaluación cuantitativa se realizó durante el mes de noviembre del 2024, con acompañamiento de algunos integrantes de la junta directiva, mediante la ejecución de cada mesa por grupo de estándares (Proceso de atención de Cliente Asistencial, grupo de apoyo y grupo de mejoramiento), aplicando la calificación de 1 a 5 por cada una de las variables de la hoja radar, de acuerdo a la redacción de la autoevaluación cualitativa.; donde se obtuvo el siguiente resultado:

CONSOLIDADO DE AUTOEVALIACIÓN POR GRUPO DE ESTÁNDAR							
GRUPO DE ESTÁNDAR	2019	2020	2021	2022	2023	2024	PROMEDIO
Pacas	2,5	1,7	1,6	1,8	2,1	2,1	1,9
Direccionamiento	1,7	1,9	1,7	1,9	1,9	1,6	1,7
Gerencia	2,2	1,0	1,6	1,7	1,9	1,8	1,7
Gerencia Del Talento Humano	1,7	1,2	1,4	1,9	1,9	1,7	1,6
Gerencia Del Ambiente Fisico	2,5	1,6	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
Gestión De La Tecnología	1,7	1,3	1,5	1,8	1,8	1,9	1,6
Gerencia De La Información	2,4	1,6	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8
Mejoramiento De La Calidad	2,2	1,0	1,9	2,6	3,1	3,2	2,3
TOTAL	2,1	1,4	1,7	1,9	2,0	2,0	1,8

Fuente: Matriz de Autoevaluación – Referente de Acreditación

El proceso de autoevaluación fue monitoreado y supervisado por el área de control interno, Doctor Alfredo Ramírez; de igual forma se dio a conocer el proceso de autoevaluación por redes sociales y página de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha.

- **Implementación de las estrategias innovadoras:**

En el tercer trimestre del 2024 se realizó el lanzamiento de la estrategia de “La Cultura se desayuna a la estrategia” la cual consiste en: *“De nada sirve una estrategia corporativa sólida, si no se construye una cultura corporativa adecuada”*. Es decir, que implique y enganche a todos y todas las colaboradoras involucradas en la misma.

En el cuarto trimestre del 2024, se realizó la estrategia de “Un compromiso por tu proceso” la cual consiste en: iluminar una llama de vela, con el fin de generar un compromiso a nivel institucional por la mejora continua.



Fuente: Mesa de Segundo nivel – Referente de Acreditación

- **Ejecución de la auditoría de paciente trazador**

Durante el mes de diciembre del 2024, se ejecutó la auditoría del paciente trazador en cada una de las sedes ambulatorias, con el objetivo de identificar la operatividad y adherencia de los estándares de acreditación dentro del proceso de atención del cliente asistencial- ciclo de atención, arrojando como resultado:

PACIENTE TRAZADOR -CONSOLIDADO POR GRUPO DE ESTANDAR									
GRUPO DE ESTANDAR	C.EXTERNA	ESPECIALISTA	DESPENSA	SIBATE	P.NERUDA	C.LATINA	L. C. GALAN	SANTILLANA	TOTAL
DERECHOS DE LOS PACIENTES	20%	20%	20%	20%	11%	20%	11%	40%	20%
SEGURIDAD DEL PACIENTES	22%	44%	30%	70%	60%	56%	40%	100%	53%
ACCESO	20%	20%	10%	30%	33%	13%	20%	60%	26%
REGISTRO E INGRESO	20%	20%	20%	20%	0%	22%	0%	25%	16%
EVALUACIÓN DE NECESIDADES INGRESO	57%	57%	43%	57%	50%	43%	50%	57%	52%
PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	60%	60%	50%	63%	40%	50%	40%	73%	54%
EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	57%	57%	57%	57%	N/A	57%	N/A	50%	56%
EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN	25%	25%	25%	25%	0%	25%	0%	25%	19%
SALIDA Y SEGUIMIENTO	50%	75%	20%	100%	N/A	50%	N/A	75%	62%
REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	60%	60%	67%	83%	N/A	67%	N/A	80%	69%
SEDES INTEGRADAS EN RED	23%	23%	23%	23%	30%	23%	30%	23%	25%
TOTAL DE PACAS	38%	42%	33%	50%	28%	39%	24%	55%	39%

PACIENTE TRAZADOR - ESTANDARES DE APOYO									
GRUPO DE ESTANDAR	C.EXTERNA	ESPECIALISTA	DESPENSA	SIBATE	P.NERUDA	C.LATINA	L. C. GALAN	SANTILLANA	TOTAL
DIRECCIONAMIENTO	0%	33%	0%	33%	33%	33%	0%	33%	21%
GERENCIA	0%	33%	0%	33%	33%	33%	0%	33%	21%
GERENCIA TALENTO HUMANO	57%	43%	43%	71%	57%	57%	57%	71%	57%
GERENCIA AMBIENTE FISICO	50%	50%	33%	50%	75%	50%	75%	50%	54%
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	100%	100%	50%	100%	50%	100%	50%	100%	81%
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	43%	43%	14%	29%	29%	29%	29%	29%	30%
MEJORAMIENTO CONTINUO	50%	50%	50%	50%	0%	50%	50%	100%	50%
TOTAL DE APOYO	43%	50%	27%	52%	40%	50%	37%	60%	45%
TOTAL DE PACIENTE TRAZADOR	40%	46%	30%	51%	34%	44%	31%	57%	42%

Fuente: Matriz de Autoevaluación – Referente de Acreditación

- **Creación del proceso de referenciación comparativa.**

Este proceso de referenciación ha permitido analizar y evaluar las prácticas de otras organizaciones para mejorar las propias e impulsar el mejoramiento organizacional, donde se obtuvo referenciación con hospital Samaritana, hospital de pacho- Cundinamarca

1.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia 2024:

Para el año 2024 se obtuvo un significativo grado de avance para el programa del Sistema Único de Acreditación ya que se logró:

- Mantenimiento de la calificación de autoevaluación SUA 2023 de 2,0 a 2024 2,0

- Fortalecimiento de la estructura documental del proceso de acreditación, ya se los documentos describen la operativización del proceso.
- Fortalecimiento de la metodología del proceso de autoevaluación, ya que se ejecutó por cada grupo de estándares lo que conllevó a un resultado más objetivo
- Creación del concepto de la cultura de mejora continua, con el fin de fortalecer el eje transformación cultural.
- Fortalecimiento de la herramienta de las mesas de mejoramiento, ya que se implementó nueva metodología de la operativización de cada una de las mesas.
- Fortalecimiento en la formulación y seguimiento del plan de mejoramiento SUA con la metodología de análisis causal-PHVA, lo cual permitió un análisis objetivo por cada oportunidad de mejora.
- Creación del proceso de referenciaron comparativa, ya que con lleva a buscar nuevas estrategias para el mejoramiento continuo de cada uno de los procesos.

1.4. Fuente de información resolución 408 de 2018.

Matriz de Autoevaluación SUA vigencia evaluada y vigencia anterior.

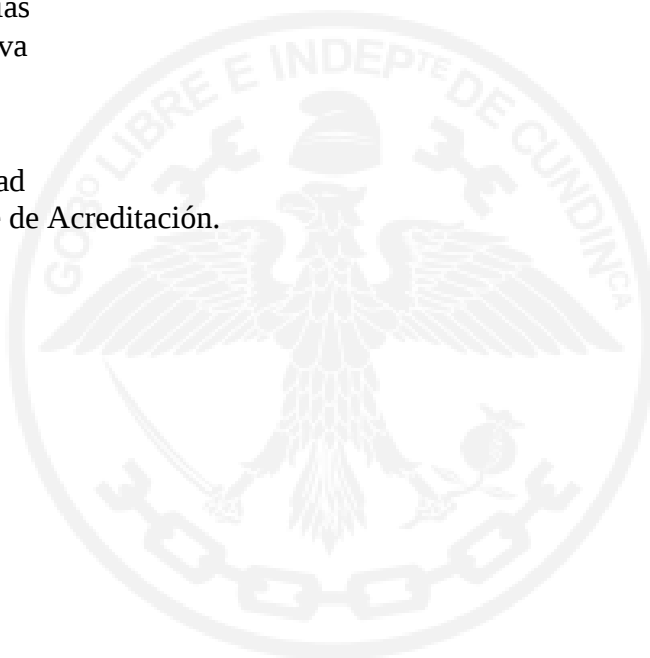
1.5. Evidencias y soportes

- Plan de Mejoramiento del SUA 2024.
- Informes de autoevaluación cualitativa
- Consolidado de autoevaluación cuantitativa
- Actas de mesas primarias.
- Acta de mesas de segundo nivel.
- Acta de mesa de tercer nivel.
- Acta de acompañamiento y evaluación técnica.
- Imágenes de lanzamiento de estrategias
- Procesos de referenciarían comparativa

1.6. Responsable

Johana Bolívar Cuellar – Referente de Calidad

María Alexandra Bolívar Pineda – Referente de Acreditación.



2. INDICADOR: EFECTIVIDAD DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

2.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2024	2025	2026	2027
90%	90%	90%	90%

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Numerador	Denominador	Resultado Indicador
Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	≥90%	107	107	100%

Anexo. PAMEC 2024

2.2. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

El programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC), se acogió a los lineamientos técnicos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, logrando:

- Se ejecutó la autoevaluación identificando los posibles problemas de calidad en la Institución, mediante la elaboración de un diagnóstico.
- Seleccionando de procesos a mejorar y priorización de estos bajo la metodología de riesgo, costo y volumen.
- Se realizó la definición de calidad esperada, definiéndose la meta hacia la que quiere llegar la institución, según el problema de calidad priorizado y análisis de la calidad observada, medición inicial del desempeño de los Procesos.
- Se determinó el plan de acción para los procesos misionales seleccionados determinándose las actividades a desarrollar, cronograma de ejecución, resultados obtenidos, seguimiento y evidencias recolectadas.
- Se evaluó el mejoramiento identificando el avance en forma mensual y trimestral a las acciones.
- Se realizó la socialización del aprendizaje organizacional, resultante del cumplimiento a las actividades dispuestas para el plan de acción y la sustentación de la efectividad del PAMEC a todos los líderes de procesos, con la participación de la gerencia.

2.3. Actividades a desarrollar

Fue definido el enfoque del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en:

- Sistema de información para la calidad.
- Seguridad y seguimiento a riesgos.
- Estándares de acreditación.
- Satisfacción del usuario

La priorización de procesos misionales se efectuó acorde a la metodología dispuesta, definiéndose gestión de servicios de urgencias y gestión de servicios de hospitalización para la sede principal, Hospital Mario Gaitán Yanguas. En cuanto a las sedes dependientes, centros y puestos, se priorizo gestión de servicios ambulatorios.

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), se acogió a los lineamientos técnicos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

CA-PRI-01_PAMEC_2024 Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

2.5. Evidencias y soportes

Matriz Anexo 1_ PAMEC 2024, Memorias aprendizaje organizacional y actas de socialización. Reporte ST002 - Superintendencia Nacional de Salud realizado el 27 de febrero del 2025.

2.6. Responsable

Johana Bolívar Cuellar – Referente de Calidad



3. INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

3.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2024	2025	2026	2027
90%	90%	90%	90%

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Numerador	Denominador	Resultado Indicador
Numero de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Numero de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de la evaluación	90%	24	47	72,9%

3.2. Actividades a desarrollar

Durante la vigencia 2024, se llevaron a cabo los siguientes indicadores POA con sus respectivas metas y el respectivo porcentaje de ejecución para la vigencia:

INDICADORES	META AÑO 2024	RESULTADO	ESTADO
1. Lograr la certificación del 100% de las sedes en el sistema único de habilitación.	1	100%	cumple
2. Mantener por encima del 96% el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	96%	100%	cumple
3. Implementar en 81% el Plan de Mejoramiento de la Calidad-MOCA de la ESE, con base en los indicadores de la Resolución 256 de 2016, estableciendo un tablero de control de calidad.	81%	81%	cumple
4. Aumentar en 2,2 la autoevaluación de acreditación, respecto a la vigencia anterior.	2,2	2,2	cumple
5. Implementar en 44% el plan de mejoramiento del sistema único de acreditación.	44%	32%	No Cumple
6. Implementar en 94% el programa de seguridad del paciente.	94%	93,8%	No Cumple
7. Aumentar en 15% el tamizaje en salud oral a través de la consulta de primera vez por momento de curso de vida.	15%	13%	No Cumple
8. Mantener por encima de 50% los tratamientos terminados en pacientes con tamizaje durante la vigencia.	50%	72%	cumple
9. Reducir en 5% la prevalencia de caries en primera infancia, infancia y adolescencia.	≤ 5%	25%	No Cumple
10. Aumentar en 70% el tamizaje para diabetes de la población mayor de 19 a 69 años con sitio de atención en la ESE.	70%	24%	No Cumple
11. Mantener la canalización de 70% de la población, mayor de 19 a 69 años con riesgo de diabetes, con sitio de atención en la ESE.	70%	90%	cumple

INDICADORES	META AÑO 2024	RESULTA DO	ESTADO
12. Mantener controlados a 80 % de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus.	80%	54%	No Cumple
13. Aumentar en 70% el tamizaje para hipertensión de la población mayor de 19 a 69 años con sitio de atención en la ESE.	70%	24%	No Cumple
14. Aumentar en 70% la canalización de la población, mayor de 19 a 69 años con riesgo de hipertensión, con sitio de atención en la ESE.	70%	75%	cumple
15. Mantener controlados a 80% de los pacientes diagnosticados con hipertensión.	80%	37%	No Cumple
16. Aumentar en 70% tamizaje de cáncer de mama a las mujeres entre 50 - 69 años, con mamografía bienal.	70%	24%	No Cumple
17. Realizar tamizaje para cáncer cuello uterino al 70% de las mujeres de 30 a 65 años con prueba de ADN-VPH.	70%	18%	No Cumple
18. Realizar tamizaje para cáncer cuello uterino al 70% de las mujeres de 25 a 29 años con citología cérvico uterina.	70%	17%	No Cumple
19. Realizar tamizaje para cáncer de próstata al 55% de los hombres de 50 y 75 años, con antígeno prostático.	55%	30%	No Cumple
20. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 10 al control prenatal en la ESE.	85%	56%	No Cumple
21. Proporción de gestantes con mínimo cuatro controles prenatales (mínimo 1 en cada trimestre).	80%	29%	No Cumple
22. Implementar el plan de acción de morbilidad materna extrema	100%	96%	No Cumple
23. Reducir los casos la incidencia de Sífilis Congénita.	0	100%	cumple
24. Aumentar en 92% el uso de métodos anticonceptivos modernos, en mujeres con vida sexual activa entre 13 y 49 años.	92%	12%	No Cumple
25. Desarrollar el 100% de las acciones de los planes de prevención de conducta suicida, violencias y prevención y control de oferta de consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo con sus competencias.	100%	100%	cumple
26. Aumentar la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses.	92%	93%	cumple
27. Disminuir en 0,06 puntos % la prevalencia de desnutrición aguda.	≤ 6%	3%	cumple
28. Disminuir en 12% la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer.	≤ 12%	11%	cumple
29. Implementar y certificar al Hospital como IAMII en articulación con las RIAS	0	0%	No cumple
30. Certificar el hospital como parte de la Red de bancos de leche humana y salas amigas de la familia lactante de Cundinamarca.	0	0%	No cumple
3.Implementar la Sala Amiga de la Familia Lactante dual (laboral e institucional).			
31. Alcanzar coberturas útiles de vacunación al 95% en niños y	95%	70%	No Cumple

INDICADORES	META AÑO 2024	RESULTA DO	ESTADO
niñas menores de 12 meses con tercera dosis de pentavalente			
32. Alcanzar coberturas útiles de vacunación al 95% en niños de 12 a 23 meses con la primera dosis de triple viral.	95%	81%	No Cumple
33. Alcanzar coberturas útiles de vacunación al 95%, de niños de 5 años con segundo refuerzo de DPT	95%	87%	No Cumple
34. Certificar la implementación del Plan de Gestión del Riesgo Hospitalario	0	0%	No Cumple
35. Ejecutar el plan de acción propuesto para el programa de humanización.	94%	100%	cumple
36. Aumentar en 20% el total de residuos reciclables generados en la institución a través de la prestación de servicios.	20%	23%	cumple
37. implementar la ordenanza 108 de 2019 del departamento relacionada con compras sostenibles	80%	83%	cumple
38. Disminuir en 7 toneladas la huella de carbono medida con la calculadora ambiental Dptal implementando las líneas de acción (AGUA,ENERGIA,RESIDUOS)	7	3	No Cumple
39. Recuperar el 60% de la cartera mayor a 360 días	60%	100%	cumple
40. Recuperar el 80% de la cartera establecida en presupuesto (corriente)	80%	100%	cumple
41. Implementar en 100% el plan de acción de MIPG, acorde a los resultados del Furag.	100%	100%	cumple
42. Formular y ejecutar en 80% el plan de acción de la política pública de participación social.	80%	100%	cumple
43. Mantener el 92% la satisfacción global de los usuarios de la IPS	92%	97%	cumple
44. Ejecutar en 100% el plan de mejora de PQRS.	100%	100,00%	cumple
45. Mantener el 92% la adherencia a las guías de práctica clínica de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 10 años.	92%	100%	cumple
46. Mantener el 92% la adherencia a las guías de práctica clínica de hipertensión.	92%	99,28%	cumple
47. Cumplir en 100% los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externas.	100%	100%	cumple

3.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

Cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Desarrollo Institucional superiores al 90% por cada anualidad.

Adicional, cada cierre de vigencia se plantean planes de mejora y de choque para contrarrestar el resultado de los metas que no alcanzaron su objetivo.

3.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

Informe del responsable de planeación de la Institución, o matriz radicada ante junta directiva y/o enviada a Planeación Sectorial. El informe como mínimo debe contener; el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del Indicador.

3.5. Evidencias y soportes

Se anexa matriz de seguimiento y evaluación de la Gobernación, donde se evidencia el porcentaje de cumplimiento para cada una de las metas. Aún no se cuenta con acuerdo de aprobación de Junta Directiva.

Acuerdo 007 del 26 de marzo de 2024.

3.6. Responsable

Jhojan Andrés Sánchez Ruiz - Referente de Planeación.



B. INDICADORES DE FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

4. INDICADOR: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

2.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2024	2025	2026	2027
Sin Riesgo o Riesgo Bajo	Sin Riesgo o Riesgo Bajo	Sin Riesgo o Riesgo Bajo	Sin Riesgo o Riesgo Bajo

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Resultado Indicador
Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Riesgo Bajo	NA

FICHA TÉCNICA

2575400380 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA DE SOACHA - (CUNDINAMARCA)

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO	
Variable	Calificación
Año 2024 Resolución 980 (con información cierre año 2023)	Sin riesgo
Año 2023 Resolución 851 (con información cierre año 2022)	Sin riesgo
Año 2022 No se aplicó porque la Resolución 856 estuvo vigente hasta el 30 de Junio de 2022.	No aplica
Año 2021 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2020 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2019 Resolución 1342 (con información cierre año 2018)	Sin riesgo
Año 2018 Resolución 2249 (con información cierre año 2017)	Sin riesgo
Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Sin riesgo
Año 2015 Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Sin riesgo
Año 2014 Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Riesgo alto
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Riesgo alto
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Sin riesgo

Jorge Enrique Pedraza – Subgerente Administrativo y Financiero.

5. INDICADOR: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA.

5.1. Información del Indicador.

La unidad de valor relativo **UVR**, pondera la producción de los servicios de salud, y los diferencia por nivel de complejidad.

La funcionabilidad del indicador de la Unidad de Valor Relativo UVR es que los ingresos (recaudos) sean mayores que los gastos, es decir que la ESE Región de salud Soacha, sea auto sostenible, permitiendo calcular la variación entre dos vigencias.

HALLAZGOS DEL INDICADOR

Los Gastos totales de la vigencia **2024** son por la suma de **\$ 77.110.247.693**, clasificados así: gastos de funcionamiento, la suma de \$ 8.736.668.051, y gastos de operación comercial, la suma de \$ 68.373.579.642, con un incremento del gasto total, sobre la vigencia 2023, por valor de \$ 17.454.333.150, equivalentes a un **29%**.

La Producción total de la vigencia **2024**, fue de \$ 78.445.097.553, la que, frente a la producción del 2023 de \$ 64.518.585.970, arrojó un incremento del **22%**, únicamente, con una variación absoluta de \$ 13.926.511.583.

De acuerdo a la anterior información encontramos que las ventas totales se incrementaron en un **22%**, mientras que los gastos totales tuvieron un incremento del **29%**, lo que nos da un desfinanciamiento de Gastos en un **7,0%**, equivalentes a \$ -1.334.849.860.

El Gasto creció más que la producción; fue inversamente proporcional; con este resultado no alcanzamos un **EQUILIBRIO financiero con unidades de Valor Relativo producidas**.

variable: Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018); calculado con base en **UVR producidas, \$33.196,93**.

Producción equivalente UVR, \$ 2.322.812,86.

Resultado del indicador, ponderación vigencias 2024 / 2023 = 1,2881

Toda la información anterior, es la validada en el aplicativo SIHO 2193, FICHA TECNICA, con corte 31 de diciembre de 2023, comparada con la vigencia anterior, convalidada por el MINPROTECCION, mediante la ficha técnica del SIHO, expedida el 18 de marzo de 2024.

PROYECCIÓN DE METAS			
2024	2025	2026	2027
< 0,9	< 0.9	< 0.9	< 0.9

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Numerador	Denominador	Resultado Indicador
((Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / No. De UVR Producidas en la vigencia objeto de evaluación)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Numero UVR producidas en la vigencia anterior))	< 0.90	33.196,93	25.772,43	1,2881

5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	Califique con cero (0): - Si el indicador arroja un valor mayor que 1,10	Califique con uno (1): - Si el indicador arroja un valor entre 1,0 y 1,10	Califique con tres (3): - Si el indicador arroja un valor entre 0,90 y 0,99	Califique con cinco (5): - Si el indicador arroja un valor menor que 0,90
---	-------------------	--	---	--	--	--

LINEA DE 2024	Vigencia Actual 2024	Gastos Funcionamiento	8.736.668.051	77.110.247.693	33.196,93	1,2881
		Gastos Operación Comercial	68.373.579.642			
		Producción vigencia	78.445.097.553	2.322.812,86		
	Vigencia Anterior 2023	Gastos Funcionamiento	7.337.224.607	59.655.914.543	25.772,43	
		Gastos Operación Comercial	52.318.689.936			
		Producción vigencia	64.518.585.970	2.314.718,00		
LINEA BASE	< 0,9					

Como resultado de la información de la línea base del indicador, en la vigencia 2022, no alcanzamos la meta en la evolución del gasto por unidad de valor relativo producida, siendo superior, la cual fue de 1,2881.

5.2. Actividades a desarrollar

1. Realizar la Planeación, control y disminución de los Gastos; no solicitando recursos para contratar de manera desmedida y sin ninguna planeación, como fue el caso de las OPS por mano de obra del área de enfermería, los cuales no fueron reintegrados dentro de la vigencia por no tramitarse la liquidación oportuna de las OPS. Incremento en el Gasto por concepto de adquisición de bienes y servicios tanto de funcionamiento como de operación.

Contención del Gasto en la medida que la producción disminuye, lo que impacta en la disminución del Recaudo, por disminuir la posibilidad de cobro y nos arroja el desfinanciamiento tanto con reconocimientos como con recaudo efectivo, como fue el resultado de la vigencia 2023.

2. Control y mediciones reales de las actividades de salud contratadas con terceros, que son de apoyo a la operación misional; servicios operados por terceros: laboratorio clínico, Imagenología y tac, terapias integrales, oftalmología y sub especialidades, gastroenterología y endoscopia digestiva, ortopedia y sub especialidades, ya que arrojaron un alto costo y un gasto que no fue acorde a la producción de estas especialidades y que no recuperamos en su totalidad.
3. Realizar la Optimización en la oferta y prestación de los servicios a nivel institucional permitiendo incrementar la Producción total y mantener el crecimiento de los reconocimientos mínimo en un **8,4%**, base del crecimiento del Gasto de la vigencia 2023, para alcanzar financiamiento con reconocimientos.

5.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

Obtener en cada vigencia del cuatrienio de gestión una evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida menor a 0,90.

5.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

5.5. Responsable

Jorge Enrique Pedraza – Subgerente Administrativo y Financiero.
Juan David Garzón Ríos – Presupuesto.



6. INDICADOR: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS:

- Compras conjuntas
- Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado
- Compras a través de mecanismos electrónicos.

6.1. Información del Indicador

No se realizaron compras conjuntas, únicamente a través de mecanismos electrónicos.

PROYECCIÓN DE METAS			
2024	2025	2026	2027
≥70%	≥70%	≥70%	≥70%

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Numerador	Denominador	Resultado Indicador
Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.	≥0.70	\$6.274.431.607	\$6.274.431.607	100%

Jorge Enrique Pedraza – Subgerente Administrativo y Financiero.

7. INDICADOR: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE PLANTA O POR OPS Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.

7.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2024	2025	2026	2027
0	0	0	0

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Numerador	Denominador	Resultado Indicador
Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)	Cero (0) con variación negativa	Cero		Cero

7.2. Fuente de información resolución 408 de 2018.

Certificación suscrita por el revisor fiscal, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.

7.3. Responsable

Jorge Enrique Pedraza – Subgerente Administrativo y Financiero.

8. INDICADOR: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS.

8.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2024	2025	2026	2027
4	4	4	4

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Numerador	Resultado Indicador
Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	3	75%

8.2. Actividades a desarrollar

Para el año 2024 se presentaron los siguientes informes:

Durante la vigencia del año 2024, para la presentación comparativa de la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), la información se proyectó en el formato propuesto por los honorables miembros de la junta desde el año 2023. En relación a la información registrada en los informes, de acuerdo a la Resolución 408 de 2018, la información contenida es comparativa con la misma vigencia del año inmediatamente anterior, es decir año 2023. La consolidación, verificación y validación de la información de las bases de datos de las prestaciones de servicios se realiza de manera trimestral y por cada uno de los procesos de la institución, dando como resultados los productos que a continuación se relacionan.

Durante lo corrido el año 2024 se presentaron los siguientes informes:

- Informe de Frecuencia de Uso Comparativo I Trimestre 2024 vs 2023
- Informe de Frecuencia de Uso Comparativo II Trimestre 2024 vs 2023
- Informe de Frecuencia de Uso Comparativo III Trimestre 2024 vs 2023

Los informes relacionados fueron presentados en las juntas directivas en las siguientes fechas:

- Junta Directiva Ordinaria Acta No 011 del 08 de agosto de 2024.
- Junta Directiva Ordinaria Acta No 017 del 28 de noviembre de 2024
- Junta Directiva Extraordinaria Acta No 021 del 27 de diciembre de 2024.

8.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

El compromiso planteado por la gerencia es cumplir con el 100% de este indicador durante todas las vigencias. Para la vigencia 2024 se presentaron cuatro informes de Frecuencia de Uso basados en los RIPS de las atenciones realizadas a los pacientes, cumpliendo así con la meta del indicador

8.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

La fuente de información para la realización de los informes de frecuencia de uso es nuestro Sistema de Información Dinámica Gerencial, en donde se encuentra consolidada toda la información de las atenciones prestadas y los RIPS generados de las mismas.

8.5. Evidencias y soportes

La evidencia del cumplimiento de este indicador y de la presentación y entrega de los informes de Frecuencia de Uso basados en los Rips, se encuentran plasmadas en las actas de las juntas directivas en las cuales se realizó la presentación ante los honorables miembros de junta así:

- ✓ Junta Directiva Ordinaria Acta No 002 del 26 de marzo de 2024 – Presentación de Informes de RIPS cuarto trimestre de las vigencias 2023 vs 2022
- ✓ Junta Directiva Ordinaria Acta No 011 del 08 de agosto de 2024 – Presentación de Informe de RIPS primer trimestre de la vigencia 2024 comparativo con primer trimestre 2023.
- ✓ Junta Directiva Ordinaria Acta No 017 del 28 de noviembre de 2024 – Presentación de Informe de RIPS segundo trimestre de la vigencia 2024 comparativo con segundo trimestre 2023.
- ✓ Junta Directiva Extraordinaria Acta No 021 del 27 de diciembre de 2024 – Presentación de Informe de RIPS tercer trimestre de la vigencia 2024 comparativo con tercer trimestre 2023.

A los correos de los miembros de la Junta Directiva se allegaron los informes presentados en cada sesión de la Junta Directiva con antelación a la presentación para su conocimiento y fines pertinentes.

8.6. Responsable

Johana Bolívar Cuellar – Referente de Calidad

Mónica Adriana Reina Mora – Referente Sistemas de Información.

9. INDICADOR: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

9.1. Información del Indicador

Se realizó la gestión del recaudo para la financiación de los compromisos adquiridos, así como el seguimiento y control a la recuperación de la cartera por la venta de los servicios, para financiar el GASTO. Para la vigencia 2024, incluidos los recursos del convenio ICCU, alcanzando a financiar el gasto con el total del recaudo.

La fuente de financiación son los Ingresos totales recaudados de la vigencia 2024, que ascendieron a \$ 152.773.076.740, representando un mayor valor frente al total recaudado de la vigencia 2023, producto de la recuperación de los servicios facturados y pagados por las entidades prestadoras de servicios de salud, y recursos de apalancamiento e iccu.

Tomamos los Gastos Comprometidos de la vigencia 2024, que fueron de \$ 168.869.169.370, con un incremento sobre los compromisos de la vigencia 2023, incluidos los gastos de funcionamiento y de operación comercial e inversión, en que incurrió la institución para su operación.

Con la anterior información, se busca el equilibrio presupuestal, de la vigencia 2024, el que resulta de la financiación con los RECAUDOS efectivos, del total de los compromisos adquiridos, con un resultado de 0,90; (por cada peso \$1.0, recaudado, no se financió sino 0,90, de cada peso de los compromisos, obteniendo un desequilibrio en la financiación del gasto, en un 0,10, por peso gastado.

La información anterior, es la validada en el aplicativo SIHO 2193, con corte 31 de diciembre de 2024, revisada por el MINPROTECCION, y consolidada en la ficha técnica del SIHO.

LINEA DE 2024	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) \$ 152.773.076.740	0,90
	Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo Cuentas Por Pagar de vigencias anteriores. \$ 168.869.169.370	
LINEA DE 2023		0,79

Fuente. Referente Presupuesto

9.5. META ANUAL DEL INDICADOR

El estándar establecido en la norma se convierte en meta de Plan de Gestión.

FORMULA	2024	2025	2026	2027
Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo Cuentas Por Pagar de vigencias anteriores.	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1

9.2. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

Mantener en cada año de gestión del cuatrienio un equilibrio presupuestal que garantice un recaudo que cubra el pago de los compromisos adquiridos en una proporción $\geq 1,00$.

Generar mayor Recaudo, con el cobro mensual de la cartera total recuperable, generando más efectivo Disponible en la vigencia, con un crecimiento que garantice la financiación total de los compromisos de cada vigencia.

Ajustar los GASTOS de FUNCIONAMIENTO y de OPERACIÓN COMERCIAL, a la necesidad real para el de operación de la ESE, ajustados a la posibilidad de Recaudo real, y no generar DEFICIT operacional, en cada una de las vigencias.

9.3. Actividades a desarrollar

1. Revisión de la programación y metas de RECAUDO mensual, acorde a la necesidad de la institución, (informe de cartera), y seguimiento de las actividades mensuales de recaudo de cartera.
2. Optimización del recaudo mensual, por medio de acuerdos de pago y conciliación oportuna por parte de cartera.
3. Facturar y radicar el 100% de los servicios prestados.
4. Programación del gasto de acuerdo al recaudo aprobado para cada mes.
5. Realizar Conciliaciones, seguimiento y trazabilidad para el cobro mensual, de la cartera total recuperable, en busca de optimizar los RECAUDADOS en la vigencia, garantizando la financiación total de los compromisos.
6. Reporte oportuno del Recaudo efectivo de Tesorería, para la aplicación en el Ingreso, por Régimen y vigencia respectiva.
7. Reporte de la identificación de los Recaudos efectivos, provenientes de las EAPBS, por parte de Cartera, para así establecer las vigencias giradas, régimen y entidad pagadora.
8. Disminución, seguimiento y control, de los GASTOS de FUNCIONAMIENTO y de OPERACIÓN COMERCIAL, ajustándolos cada vez más a un plan anual de adquisiciones, que evidencie nuestra situación real por servicio y no se desborde de la posibilidad de financiamiento y posibilidad de pago, evitando el crecimiento de los pasivos, que nos pueda generar desequilibrio, en cada una de las vigencias.

9.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

9.5. Responsable

Jorge Enrique Pedraza – Subgerente Administrativo y Financiero.

Juan David Garzón Ríos – Presupuesto.

10. INDICADOR: OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.

10.1. Información del indicador

De acuerdo con la circular única emitida por la SUPERSALUD se deben reportar los archivos de tipo FT002, ST006, GT003, GT004, GT001, ST002, FT004, FT026, FT018, FT025.

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Reporte	Resultado Indicador
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	(Cumple / No cumple)	Cumple

10.2. Actividades a desarrollar

El área de reportes revisa, organiza y valida la información a reportar de acuerdo con la circular única emitida por la Superintendencia Nacional de Salud. Se cuenta con una matriz de Reportes donde se evidencia plazo máximo de cargue y la frecuencia de reporte (Mensual, Trimestral y Anual).

La circular única emitida por la SUPERSALUD es un acto administrativo en el cual se reúnen en un solo cuerpo normativo todas las instrucciones a reportar de las entidades que se encuentran vigentes, donde se recopila, modifica y actualiza toda la información para la inspección, vigilancia y control.

10.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

Mantener el cumplimiento oportuno de reporte dentro de los términos previstos de la normatividad vigente en la circular única emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, en los formularios y formatos establecidos en los anexos técnicos de la circular.

10.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

Reporte de Superintendencia Nacional de Salud

10.5. Evidencias y soportes

En el archivo adjunto enviado por la Supersalud se detallan los resultados del Indicador 10 de la Resolución 408.

Nit	Razón Social	Indicador10
800006850	E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	CUMPLE

Donde se evidencia cada uno de los tipos de archivo y el estado del reporte de este.

ArchivoTipoFT002	ArchivoTipoST006	ArchivoTipoGT003	ArchivoTipoGT004	ArchivoTipoGT001
REPORTE CORRECTO	REPORTE CORRECTO	REPORTE CORRECTO	REPORTE CORRECTO	REPORTE CORRECTO

ArchivoTipoST002	ArchivoTipoFT004	ArchivoTipoFT026	ArchivoTipoFT018	ArchivoTipoFT025
REPORTE CORRECTO	REPORTE CORRECTO	REPORTE CORRECTO	REPORTE CORRECTO	REPORTE CORRECTO

10.6. Responsable

Jhojan Andrés Sánchez – Referente de Planeación.



11. INDICADOR: OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193.

11.1. Información del Indicador

El decreto 2193 de 2004 del Ministerio de Salud y Protección Social, establece las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional, las cuales serán de aplicación y obligatorio cumplimiento para las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud.

El reporte debe realizarse de manera trimestral y anual mediante la plataforma SIHO (Sistema de Información Hospitalaria) en cada periodo y en cada uno de los formularios establecidos para tal fin:

Reporte Anual:

- Datos Generales – Planeación
- Ingresos – Contabilidad
- Gastos – Contabilidad
- Facturación – Facturación
- Cartera por Deudor – Cartera
- Pasivos – Contabilidad
- Mecanismos de Pago – Contabilidad
- Balance General – Contabilidad
- Estado de Actividad – Contabilidad
- Producción – Calidad / Estadística
- Capacidad Instalada – Calidad
- Recursos Humanos – Talento Humano
- Pasivo Prestacional – Talento Humano / Contratación
- Infraestructura – Recursos Físicos / Planeación
- Procesos Judiciales – Jurídica

Reporte Trimestral:

- Datos Generales – Planeación
- Facturación – Facturación
- Cartera por Deudor – Cartera
- Pasivos – Contabilidad
- Balance General – Contabilidad
- Estados Actividades – Contabilidad
- Producción – Calidad / Estadística
- Ejecución Presupuestal – Presupuesto
- Nueva contratación 2020 – Talento Humano / Contratación
- Nuevo Calidad – Calidad / Estadística

- Procesos Judiciales – Jurídica
- Contratación 2019 – Talento Humano / Contratación
- Importar Balance General – Contabilidad
- Importar Estado Actividad - Contabilidad

La validación de la información reportada se hace en conjunto con los referentes de la Secretaría de Salud de Cundinamarca en fechas establecidas por ellos, quienes dan el aval de la revisión a cada uno de los formularios reportados, previo al reporte definitivo al Ministerio de Salud y Protección Social.

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Reporte	Resultado Indicador
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Cumple	100%

11.2. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

Realizar el reporte de manera oportuna y en los tiempos establecidos en el decreto 2193 de 2004, a la secretaria de Salud de Cundinamarca y al Ministerio de Salud y Protección Social, establecidos por la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha de la siguiente Manera:

REPORTES 2193	HMGY - SSC	SSC - MINISTERIO
TRIMESTRAL	23 DIAS	22 DIAS
ANUAL	-	30 DE ABRIL

Para los periodos trimestrales se debe reportar a más tardar dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la finalización de cada trimestre.

Para el reporte Anual se debe reportar a más tardar el 30 de abril de la vigencia siguiente.

11.3. Actividades a desarrollar

Tener presente las fechas de reporte a la secretaria de Salud de Cundinamarca y al Ministerio de Salud y Protección Social, hacer seguimiento trimestral a los referentes o líderes de proceso para que cumplan a cabalidad con el diligenciamiento de cada uno de los formularios activos y así lograr realizar el reporte de manera oportuna.

11.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

Reporte del Ministerio de Salud y Protección Social

11.5. Evidencias y soportes

PERIODOS PRESENTADOS

REPORTE DE ENTREGA TRIMESTRAL AL MINISTERIO

Excel Word Texto

Formularios No Entregados

Formularios Devueltos

(1) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Habilitación	Nombre	2024-03	2024-06	2024-09	2024-12
Cundinamarca	SOACHA	2575400380	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	2024/05/29 (12:50:51)	2024/09/03 (14:39:01)	2024/12/05 (16:15:02)	2025/03/04 (16:59:49)

Reporte Trimestral 2193 – Plataforma SIHO, entregado al Ministerio de Salud y Protección Social.

FECHA MÁXIMA REPORTE AL MINISTERIO	FECHA REPORTE	OPORTUNIDAD REPORTE	
IV TRIM 2023	05/03/2024	04/03/2024	OK
I TRIM 2024	05/06/2024	29/09/2024	OK
II TRIM 2024	04/09/2024	03/09/2024	OK
III TRIM 2024	05/12/2024	05/12/2024	OK
IV TRIM 2024	06/03/2025	04/03/2025	OK
ANUAL 2024	30/04/2025	PENDIENTE	PENDIENTE

11.6. Responsable

Jhojan Andrés Sánchez Ruiz – Referente de Planeación.



C. INDICADORES CLÍNICA ASISTENCIAL.

21. INDICADOR: PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN.

21.1. Información del Indicador

Para obtener el dato del indicador se utilizaron las siguientes bases de datos: Kardex de gestantes reportados por las sedes donde se identifican las usuarias que ingresan a control prenatal, Base de gravindex (Laboratorio) donde se registran los usuarios reportados por laboratorio clínico con prueba de embarazo Positiva, base de usuarios capitados y validación de historia clínica de gestantes identificadas antes de su primer control prenatal las cuales fueron derivadas a consulta de atención de gestantes.

Para obtener el numerador se realizó el cruce de dichas bases para validar:

1. Validación de usuarias capitadas.
2. La base de KARDEX que cuenta con 1011 pacientes se gestiona los que cumplen para el primer control, de estos se revisan cada uno de las historias clínicas para validar la fecha desde el momento en que fueron identificadas y así poder sacar la edad gestacional desde el primer momento de captación.
3. La base de gravindex que cuenta con 170 pacientes, para captar un incremento posible de gestantes.
4. Cruce de historia clínica vs validación de fechas antes de su primer control

Depuración y Obtención del Indicador:

1. Base KARDEX: De la siguiente base se obtuvieron 1011 gestantes, en las que:
 - a. 558 cumplieron con su captación antes de la semana 12. De ellas 439 es población capitada y 119 es población no capitada pero que por autorización o portabilidad de la EAPB se logró realizar la atención de gestantes.
 - b. 453 no cumplieron con la captación y fueron captadas después de la semana 12. De estas 291 son pacientes capitadas y 162 son pacientes que se atendieron mediante autorización o portabilidad de la EAPB.
 - c.

DETALLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOT AL	CUM PLE	NO CUM PLE
CAPITA QUE CUMPLE	22	28	18	83	43	30	39	22	32	40	49	33	439		
CAPITA QUE NO CUMPLE	12	14	14	46	33	25	29	15	27	22	25	29	291		
NO CAPITADA QUE CUMPLE	3	4	5	6	11	13	11	11	10	15	18	12	119		
NO CAPITADA QUE NO CUMPLE	0	1	6	1	9	19	23	27	20	20	23	13	162		
TOTAL	37	47	43	136	96	87	102	75	89	97	115	87	1011	558	453

2. Base de GRAVINDEX: De la siguiente base se obtuvieron 170 gestantes de las que:

- 82 no están capitadas con la institución y son remitidas a su IPS primaria de atención mediante el seguimiento telefónico realizado.
- 88 son pacientes capitadas de las cuales 49 cumplen con su captación antes de la semana 12 de embarazo y 21 de ellas no cumplen el criterio de captación temprana, se descarta 18 usuarias de la base ya que al revisar la historia clínica se evidencia que tuvieron aborto o se realizó procedimiento de IVE. Por lo tanto, no hacen parte de la muestra.
- Se hace el cruce de la esta base para descartar lo que ya se encuentran en el Kardex, de las cuales quedan 12 con captación antes de la semana 12 de embarazo y 4 que no cumplen con el criterio de captación para un total de 16 usuarias en la base.

GRAVINDEX													
DETALLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
CAPITADAS	10	15	9	11	7	10	8	5	3	1	3	6	88
CUMPLEN	1	1	0	3	0	1	0	2	1	0	1	2	12
NO CUMPLEN	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4
NO APLICAN (Aborto, IVE)	0	2	5	2	3	4	2	0	0	0	0	0	18
KARDEX	5	7	7	9	5	5	4	3	6	3	3	6	63

De lo anterior se obtienen los siguientes datos:

Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación de la vigencia objeto de evaluación	Cumple = (558+12) =570	55.5%
Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación	Total = (1011+16) =1027	

PROYECCIÓN DE METAS			
2024	2025	2026	2027
≥0.85	≥0.85	≥0.85	≥0.85

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Numerador	Denominador	Resultado Indicador
Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación de la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación	≥0.85	570	1027	55.5%

21.2. Actividades a desarrollar

Para el I trimestre del año se tuvo un cumplimiento del 62.9% en el indicador. Durante la vigencia 2023 y la actualidad se continua con la estrategia del envío inmediato por correo electrónico de las pruebas las pruebas de gravindex positivos, las cuales son direccionadas a la auxiliar responsable del seguimiento quien se encarga de verificar si la paciente es capitada o no en la institución y de esta manera asignar cita de primer control prenatal o brindar la educación para solicitud de su cita en la IPS asignada. Una de las principales dificultades que se presenta para la captación de estas usuarias son los datos errados de georreferenciación (número de teléfono) o llamadas no efectivas (marcación en 3 oportunidades, e fechas diferentes y hora diferente y no se responde la llamada), para esta vigencia no se cuenta con el reporte de las pruebas de embarazo Positivas de los diferentes laboratorio particulares ya que esta gestión se venía realizando por parte de Secretaria de Salud de Soacha, quienes envinaban los reportes mediante correo electrónico. Otras de las dificultades presentadas es la oportunidad en la agenda ya que en algunas sedes las citas son asignadas hasta dos semanas después de la capación con referencia a la prueba de embarazo

Para el II trimestre del año se obtuvo un cumplimiento del 58.3%. De 264 usuarias capitadas con la ESE HMGY con prueba de embarazo positiva, se logran captar únicamente 159 usuarias con embarazo menor a 12 semanas. El reporte inmediato de las pruebas de gravidez positivos, son direccionadas a la auxiliar responsable del seguimiento quien se encarga de verificar si la paciente es capitada o no en la institución y de esta manera asignar cita de primer control prenatal mediante seguimiento telefónico. Los gravindex positivos de usuarias no capitadas se reportan a la EAPB correspondiente o a secretaria de salud de Soacha. Para este trimestre se inicia contratación cápita con la EPS Coosalud, lo que afecta notablemente el indicador ya que las pacientes en periodo de gestación daban inicio a CPN en la institución y no se contó con una base de esta población caracterizada enviada por parte de la EAPB con el fin de poder identificar el inicio y las semanas de CPN de las usuarias nuevas para la institución.

Para el III trimestre de 2024 se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 46.9% identificando 167 usuarias capitadas con la ESE HMGY con prueba de embarazo positiva y de las que se logran captar únicamente 80 usuarias con embarazo menor a 10 semanas. Al igual que en todos los trimestres se continúan direccionando los reportes positivos de las pruebas de embarazo para seguimiento de manera inmediata, con el fin de garantizar a las pacientes capitadas la asignación de la cita para el inicio de Control prenatal. Para este trimestre toma fuerza el convenio que se tiene con Profamilia y el programa PAISS el cual se encarga de la atención de población migrante venezolana para diferentes atenciones dentro de ellas todo lo concerniente con la ruta integral de atención a la población materno perinatal, lo que afecta el indicador notablemente ya que el inicio de los controles prenatales de esta población no se tiene de manera temprana por desconocimiento de la existencia del programa.

Para el IV trimestre de 2024 se obtiene un cumplimiento del 55.8%, de 203 usuarias capitadas con la ESE HMGY con prueba de embarazo positiva, se logran captar únicamente 110 usuarias con embarazo menor a 12. El reporte notificado de manera inmediata por el laboratorio clínico se direcciona para la auxiliar del programa con el fin de realizar seguimiento y canalización a control prenatal

Algo que afecta notablemente el indicador es la población flotante y la alta migración que tiene el municipio de Soacha, ya que llegan pacientes en gestación de otros municipios sin afiliación o si cuentan con afiliación se presenta la barrera de poder brindar la atención en el municipio ya que no cuentan con la portabilidad de la EPS del municipio donde se realiza la afiliación el cual no es el mismo de su residencia actual. De igual manera la afiliación a población migrante irregular a las EPS's, teniendo en cuenta que estas usuarias en periodo de gestación para poder tener su afiliación al SGSSS deben contar con un permiso temporal de permanencia el cual se debe diligenciar por medio de la personería y se les dificulta ya que esta población no cuenta con documentación legalizada en el País. Sin embargo, con el programa PAISS se ha logrado atender a esta población, pero el desconocimiento de este proyecto por parte de las usuarias ha sido una brecha para el ingreso temprano de esta población la cual se caracteriza en gran parte al ingreso por el servicio de urgencias.

21.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

Para la vigencia 2024 se plantea alcanzar el cumplimiento del indicador al 85% o más teniendo en cuenta la línea base del 2019, se evidencia que persisten algunos factores externos que impactan de manera negativa el aumento o cumplimiento del mismo; dentro de las causas principales identificadas durante el periodo evaluado se encuentran la no canalización efectiva mediante llamada telefónica por falta de dato correcto de georreferenciación de la población a lo que se planteó como estrategia el envío directo de estos casos a cada EAPB con el fin de poder hacer la captación mediante las gestoras en salud que tiene cada EPS, otras de las causas que interfieren es la movilización constante de la población o cambio frecuente de su lugar de vivienda, el ingreso tardío a programa de CPN después de la semana 12 por causas asociadas a estilos de vida y/o barreras en el momento de la afiliación haciendo alusión principalmente a la población migrante irregular que tiene una alta afluencia en los municipios de Soacha Sibaté y Granada y las condiciones geográficas y socioeconómicas. Otra de las estrategias es la articulación con equipos básico para la canalización de las usuarias caracterizadas en territorio incluidas las pacientes migrantes venezolanas que no contara con afiliación ya que por el proyecto PAISS se les puede garantizar la atención a toda la actividad de la Ruta Materno Perinatal.

21.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

Informe comité de historias clínicas que como mínimo contenga: Listado con la totalidad de mujeres gestantes identificadas por la ESE en la vigencia objeto de evaluación y que indique que se inscribió o no en el programa de control prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por medico; aplicación de la fórmula del indicador

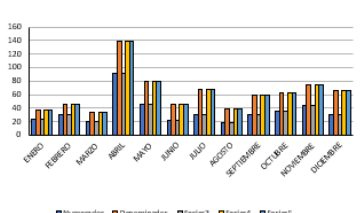
21.5. Evidencias y soportes

Ficha Técnica de POA

Base general programa de gestantes

Base seguimiento pruebas de embarazo positivas

Base identificación primera atención de identificación de gestación

		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA		FICHA TÉCNICA Eje Vertical (Valor) Líneas de división principales																							
PROCESO		PLAN INTEGRADO DE ACCION EN SALUD POA ARMONIZADO 2023										Código		CA_FTQ_09													
		DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO										Versión		01													
												Vigencia		20/02/2023													
1. GENERALIDAD DEL INDICADOR																											
CONSECUTIVO	DIMENSION DEL PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO			OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL			POLITICA INSTITUCIONAL			SERVICIO.			LÍNEA ESTRATÉGICA DEPTAL DEL DESARROLLO														
POA-25-2023	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA			ASISTENCIAL: Prestar un servicio de salud con altos estándares de calidad en cumplimiento de la normatividad vigente del SG-SSS enfocados en un trato humanizado y el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios.			La institución presta servicios de salud de forma oportuna y pertinente basados en estándares de calidad con un enfoque humanizado, seguro y con compromiso social.						MAS BIENESTAR														
TIPO DE PROCESO	MISIONAL		PROCESO		GESTION DE SERVICIOS AMBULATORIOS		PRINCIPIO		COMPROMISO		VALOR		CALIDAD														
NOMBRE DEL INDICADOR DEL PRODUCTO			Porcentaje de mujeres gestantes captadas antes de la semana 12 a control prenatal.					META DEL PRODUCTO ANUAL (TEXTO)		Mantener en un 85% la proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 al control prenatal en la ESE Mario Gaitán Yanguas de Soacha.																	
2. DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																											
Numerador		Número de mujeres gestantes captadas antes de la semana 12 y remitidas a control prenatal * 100					Fuente de información y alcance del numerador		Base de pruebas de embarazo (Gravíderas positivos - Gestantes inician control prenatal menor a 12 semanas)																		
Denominador		Número total de mujeres gestantes identificadas por primera vez con sitio de atención la ESE					Fuente de información y alcance del denominador		Base de pruebas de embarazo (Gestantes captadas con la institución sin importar las semanas de embarazo - gestantes que inician control prenatal en el mes reportado sin importar semanas de embarazo)																		
Valor esperado año 2024		85%		2023		85%		Fuente de información meta		PLAN OPERATIVO ANUAL ARMONIZADO 2023 - ACUERDO JUNTA DIRECTIVA xx- 2020																	
NOMBRE DEL RESPONSABLE		ROCIO DEL PILAR VASQUEZ VILLADA					Unidad de medida		%		NIVELES DEL INDICADOR		PERIODO		META		RIESGO		PROBLEMA								
Cargo responsable del indicador		REFERENTE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA					BASE VALOR 2022		85%		ANUAL		85%		80%		75%										
Correo electrónico		referentesr@hmg.gov.co					ESPERADO 2023		85%		TRIMESTRAL		21,3%		20,0%		18,8%										
Meta de resultado de Plan Indicativo Asociada		5. Disminuir a 0 caso la mortalidad materna					Tipo de Acción		Preventivo		MENSUAL		7,1%		6,7%		6,3%										
ENTIDAD A REPORTAR				Clasificación del indicador		Atributo de calidad		TIPO DE INDICADOR		TENDENCIA ESPERADA		FRECUENCIA DE LA MEDICIÓN		FRECUENCIA DE SEGUIMIENTO		VIGENCIA		GERENCIA O SUBGERENCIA									
III Trimestre				Realizar plan de mejora por incumplimiento del indicador		3		50%		13%		0%		direccionadas a la auxiliar responsable del seguimiento que		Base de datos de asignación de citas		13%		0%		0%					
Iv Trimestre				Realizar plan de mejora por incumplimiento del indicador		3		13%		0%		direccionadas a la auxiliar responsable del seguimiento que		Base de datos de asignación de citas		13%		0%		0%							
TOTAL APORTE				50%		PLAN INDICATIVO		Meta Programado AÑO 2023		85%		Meta Producto		0,00		 (Ctrl) Ejecutado		53%									
REGISTRO DE DATOS																											
PERIODO		ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE			
REGISTRO MENSUAL		NUMERADOR		24		31		20		92		45		22		31		19		30		36		44		30	
		DENOMINADOR		37		46		34		139		79		46		68		39		60		62		75		66	
		VALOR DEL INDICADOR		65%		67,4%		58,8%		66%		57%		48%		46%		49%		50%		58%		59%		45%	
REGISTRO TRIMESTRE		NUMERADOR		75		159		80		110																	
		DENOMINADOR		117		264		167		203																	
		VALOR DEL INDICADOR		64,1%		60,2%		47,9%		54,2%																	
CUMPLIMIENTO DESVIACIÓN ANUAL POR CUMPLIR																											
REGISTRO AÑO		NUMERADOR		424 #VALOR!																							
		DENOMINADOR		#VALOR! #VALOR!																							
		VALOR DEL INDICADOR		#VALOR! #VALOR!																							
INDICADOR MENSUAL VS AÑO		5,13%		6,62%		4,27%		8,71%		4,26%		2,08%		4,64%		2,84%		4,49%		4,43%		5,42%		3,69%			
INDICADOR ACUMULADO TRIMESTRAL		5,1%		11,8%		16,0%		24,7%		29,0%		31,1%		35,7%		38,57%		43,1%		47,5%		52,9%		56,6%			
META ACUMULADA MENSUAL		7,1%		14,2%		21,3%		28,3%		35,4%		42,5%		49,6%		56,7%		63,8%		70,8%		77,9%		85,0%			
VARIACIÓN / DESVIACIÓN		-20%		-18%		-26%		-19%		-28%		-37%		-39%		-36%		-35%		-27%		-26%		-40%			
PORCENTAJE DE LOGRO		76,3%		79,3%		69,2%		77,9%		67,0%		56,3%		53,6%		57,3%		58,8%		68,3%		69,0%		53,5%			
4. COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR																											
																											
5. ANALISIS DEL INDICADOR																											
LOGROS							DIFICULTADES																				

Autoguardado

</

22. INDICADOR: INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE.

22.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2024	2025	2026	2027
0	0	0	0

Indicador	Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Cantidad de Casos	Resultado Indicador
Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Número de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	0 casos	0 Caso	1000%

La prevención de la sífilis congénita es de suma importancia debido a los riesgos significativos que esta infección puede representar para los recién nacidos y las consecuencias a largo plazo que pueden surgir si no se aborda de manera efectiva. la prevención de la sífilis congénita es fundamental para proteger la salud de los recién nacidos y garantizar un inicio de vida saludable. La atención prenatal, las pruebas de detección, el tratamiento oportuno y la promoción del uso del condón son estrategias clave en la prevención de esta enfermedad.

La sífilis es una infección de importancia epidemiológica, ya que afecta a la mujer en periodo de gestación y al feto; siendo la segunda causa de muerte fetal a nivel mundial. Para Colombia se identifica una disminución de la incidencia partir del 2020 cuando se registró en 2.8 por cada 1000 NV, para el 2021 se registra en 3.2, 2022 en 2.7 y para el 2023 p en 2.3 por cada 1000 NV respectivamente. En Colombia para el 2023 fueron notificados 1430 casos reportando una incidencia de 2,3 por cada 1000 NV + Mortinatos casos. Cundinamarca registra una incidencia menor a la nacional con 2.1 por cada 1000 NV (68 casos)

Para la Empresa Social de Estado Región de Salud Soacha para el 2024 no se reportan casos de sífilis congénita de la población atendida (población asignada).

22.2. Actividades a desarrollar

Las estrategias a fortalecer deben estar encaminadas en:

- Acceso a Atención Prenatal: La atención prenatal adecuada y temprana es clave para la prevención de la sífilis congénita. Las pruebas de detección durante el embarazo permiten identificar y tratar a las mujeres infectadas, reduciendo así el riesgo de transmisión al feto.
- Transmisión Vertical: Prevenir la transmisión vertical es esencial para proteger al bebé asegurando el tratamiento oportuno completo a la gestante y su pareja

- Seguimiento en el tratamiento el cual debe ser efectivo
- Educación y Concientización: La educación y la concientización sobre la sífilis y su prevención son esenciales tanto para las mujeres embarazadas como para sus parejas. Conocer los riesgos y la importancia del tratamiento puede motivar a buscar atención médica.
- Compromiso de la Comunidad y Profesionales de la Salud: Involucrar a la comunidad y a los profesionales de la salud en iniciativas de prevención es crucial para garantizar que las mujeres embarazadas reciban la atención necesaria y se realicen las pruebas de detección correspondientes.
- Continuidad a las estrategias de socialización y adherencia en las GPC atención integral de la sífilis gestacional y congénita y la GPC prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

22.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia.

El compromiso en la construcción de la atención integral oportuna y con calidad de la gestante evidenciada en una incidencia de 0 (cero) casos de sífilis congénita en la población captada y con atención del parto en la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha.

22.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

- A) Cuando no existan casos de sífilis congénita: Concepto del COVE municipal o Distrital que certifique la no existencia de casos.
- B) Cuando existan casos de sífilis congénita: Concepto del COVE departamental o Distrital en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis Congénita diagnosticado.

22.5. Responsable

Antonio David Samper Fajardo – Subgerencia Científica.
Sandra Paola Gutiérrez Cruz – Epidemióloga



23. INDICADOR: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA.

23.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2024	2025	2026	2027
≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Numerador	Denominador	Resultado Indicador
Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la Guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 0.90	1243	1252	99,2%

23.2. Actividades a Desarrollar

La hipertensión arterial (HTA) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, siendo un factor de riesgo importante para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. Debido a su alta prevalencia y consecuencias graves, su diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado son fundamentales para la mejora de la salud pública.

La disponibilidad de la GPC para la prevención, diagnóstico, atención integral y seguimiento de pacientes con HTA, implica reducir la variabilidad de los manejos, acercar el manejo o diagnóstico a estándares de óptima calidad, mejorar la calidad de la atención y establecer procedimientos, intervenciones y tratamientos de la enfermedad.

La Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha ha asumido el compromiso de mejorar la atención en salud y garantizar que sus prácticas sean consistentes con las mejores evidencias científicas. La auditoría de adherencia a la guía de práctica clínica de hipertensión arterial tiene como objetivo evaluar el grado en que los profesionales de salud cumplan con las recomendaciones establecidas en la guía, identificar áreas de mejora y proponer estrategias para optimizar la atención de los pacientes con HTA. Este proceso de auditoría es esencial para asegurar que los pacientes reciban un tratamiento efectivo y basado en las mejores prácticas, lo que contribuirá a la reducción de complicaciones asociadas con esta enfermedad.

Para el I trimestre 2024 se auditó 313 historias clínicas con un porcentaje total de cumplimiento de adherencia a la guía de práctica clínica de enfermedad hipertensiva fue de un 100%, es decir ÓPTIMO de acuerdo con la semaforización establecida.

- El total de médicos y médicas auditados fue 14 con un porcentaje de adherencia del 97.77%.
- El puesto de salud con mayor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de HTA es el puesto de salud de Santillana con un cumplimiento del 99.74%
- El puesto de salud con menor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de HTA es el centro de salud de Pablo Neruda con un porcentaje de cumplimiento de 96.39%.

Para el II trimestre 2024 se auditó 322 historias clínicas con un porcentaje de total de cumplimiento de adherencia a la guía de práctica clínica de enfermedad hipertensiva fue de un 99.9%, es decir ÓPTIMO de acuerdo con la semaforización establecida.

- El total de médicas y médicos auditados fue 16 con un porcentaje de adherencia del 97.35%.
- El puesto de salud con mayor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de HTA es el puesto de salud de Santillana con un cumplimiento del 99.32%
- El puesto de salud con menor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de HTA es el centro de salud Extramural de La Isla con un porcentaje de cumplimiento de 96.20%.

Para el III trimestre 2024 se auditó 310 historias clínicas con un porcentaje total de cumplimiento de adherencia a la guía de práctica clínica de enfermedad hipertensiva fue de un 99.6%, es decir ÓPTIMO de acuerdo con la semaforización establecida.

- El total de médicas y médicos auditados fue 25 con un porcentaje de adherencia del 96.88%.
- El puesto de salud con mayor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de HTA es el puesto de salud de Santillana con un cumplimiento del 98.2%
- El puesto de salud con menor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de HTA es el puesto de salud Despensa con un porcentaje de cumplimiento de 96.1%.

Para el IV trimestre 2024 se auditó 307 historias clínicas con un porcentaje total de cumplimiento de adherencia a la guía de práctica clínica de enfermedad hipertensiva fue de un 97.5%, es decir ÓPTIMO de acuerdo con la semaforización establecida.

- El total de médicas y Médicos auditados fue 28 con un porcentaje de adherencia del 97.03%.
- El puesto de salud con mayor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de HTA es el puesto de salud de Santillana con un cumplimiento del 99.8%
- El puesto de salud con menor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de HTA es el puesto de salud Despensa con un porcentaje de cumplimiento de 96.1%.

HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

- Los criterios más frecuentes al momento de la revisión de las Historias Clínicas fueron la falta en el diligenciamiento de la identificación de factores de riesgo, el reporte de exámenes básicos de control y la no definición del diagnóstico renal.

- Se evidencia la deficiencia o ausencia de algunos de los datos en la historia de ingreso al programa, principalmente registro de reportes de exámenes iniciales y de los factores de riesgo del paciente.
- La falta de registro de paraclínicos en la HC por parte de los profesionales de la salud como la creatinina, dificulta realizar un diagnóstico real de otras patologías como la ERC.
- Falta de valoración de los antecedentes del paciente.
- Plan de cuidado establecido de acuerdo a las intervenciones de la GPC, RIA Cardiovascular y el riesgo identificado.
- Continuidad en el registro en la historia clínica de las atenciones realizadas con su respectivo análisis.
- Ordenes de laboratorios no acordes a los lineamientos establecidos.

23.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

- Socializar a los profesionales de la salud la GPC de HTA, en aras de mejorar el cumplimiento del proceso de atención de los usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial.
- Evaluar la calidad en el diligenciamiento completo y cuidadoso de la historia clínica de ingreso al programa de HTA y de las historias clínicas de control, que evidencie la secuencia de las intervenciones realizadas de acuerdo a la RIA cardiovascular y la GPC. Contribuye a mejorar las atenciones, el registro del dato y la elaboración del plan de cuidado de acuerdo a las necesidades y riesgos del paciente.
- Evaluar la calidad de la información contenida en estas historias clínicas (diagnóstico, tratamiento, historial de paraclínicos, pruebas complementarias, seguimiento, educación al paciente, plan de cuidado, ordenes, etc.).
- Asistencias técnicas a cada una de las sedes en el cumplimiento de los lineamientos de GPC y RIA cardiovascular.
- Implementación y seguimiento a planes de mejora implementados desde los resultados de la auditoría permitieron reforzar y mejorar calidad del dato en registros de historia clínica.

23.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

Informe de comité de historias clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.

23.5. Evidencias y soportes

- Informe de Auditoría Guía de Hipertensión Arterial.
- Matrices de auditoría.

23.6. Responsable

Ybon Florido Álvarez – Subgerente Comunitaria.
Lyda Cifuentes Rodríguez – Referente PYD.

24. INDICADOR: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

24.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2024	2025	2026	2027
≥ 0.80	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Numerador	Denominador	Resultado Indicador
Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se les aplico estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo de la vigencia objeto de evaluación / Numero de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia de la vigencia objeto de evaluación	≥ 0.80	1437	1441	99,7%

24.2. Actividades a desarrollar

La Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo desempeña un papel fundamental en este proceso, especialmente en lo que se refiere a la protección específica y la detección temprana de posibles alteraciones en el desarrollo físico, cognitivo y emocional. A través de un enfoque sistemático, esta guía permite a los profesionales de la salud identificar oportunamente indicadores de riesgo, enfermedades o trastornos que puedan afectar a los niños en las primeras etapas de su vida, lo que posibilita intervenciones tempranas.

La evaluación a la adherencia a la guía de atención integral para la promoción del crecimiento, la detección temprana y el enfoque inicial de alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años, la Empresa Social del Estado Región de Salud de Soacha, realiza seguimiento mediante auditoría clínica donde se evalúa la aplicación y adherencia de las recomendaciones definidas en la GPC del MSPS y la implementación de las actividades/intervenciones definidas en el lineamiento técnico y operativo de la Res 3280 de 2018, garantizando la integralidad de la atención en búsqueda de identificar tempranamente factores de riesgo que afectan en la condición física, mental y social de los menores de 10 años atendidos en consulta de primera infancia e infancia, lo cual le permite a la institución revisar de manera crítica la calidad de la atención, identificar brechas en la implementación de las guías y evaluar el cumplimiento de los protocolos establecidos, así mismo, permite proponer acciones de mejora para la atención de los niños y niñas realizando un adecuado seguimiento durante su desarrollo.

El objetivo es analizar la aplicación de la Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo desde una perspectiva de auditoría clínica, evaluando la efectividad de los procesos de detección temprana y protección específica. Se busca identificar las áreas de mejora en la implementación y aplicabilidad

de la guía, asegurando que los servicios de salud proporcionen una atención de calidad y equitativa a todos los niños y niñas, con un enfoque centrado en la prevención y la intervención temprana.

Para el I trimestre 2024 se auditó 274 historias clínicas con un porcentaje de cumplimiento en cuanto a calidad de diligenciamiento de historia clínica, adherencia a la guía y a los lineamientos de la estrategia AIEPI fue de un 100%, para un resultado Óptimo, de acuerdo a la semaforización establecida.

Para el II trimestre 2024 se auditó 425 historias clínicas con un porcentaje de cumplimiento del 100% en cuanto a calidad de diligenciamiento de historia clínica, adherencia a la guía y a los lineamientos de la estrategia AIEPI, es decir ÓPTIMO de acuerdo a la semaforización establecida.

Para el III trimestre 2024 se audito 357 historias clínicas con un porcentaje de cumplimiento del 100%, en cuanto a calidad de diligenciamiento de historia clínica, adherencia a la guía y a los lineamientos de estrategia AIEPI, es decir ÓPTIMO de acuerdo a la semaforización establecida.

Para el IV trimestre 2024 se audito 381 de 385 historias clínicas con un porcentaje de cumplimiento del 99%, en cuanto a calidad de diligenciamiento de historia clínica, adherencia a la guía y a los lineamientos de estrategia AIEPI, es decir ÓPTIMO de acuerdo a la semaforización establecida.

HALLAZGOS DE AUDITORÍA

- Falta de diligenciamiento de antecedentes.
- Orden y registro de suplementación la cual se debe iniciar desde los primeros 6 meses de vida o desde el primer mes de acuerdo a los factores de riesgo del menor.
- Orden y registro de desparasitación la cual debe iniciar desde el primer año de vida y solicitarse cada 6 meses.
- Educación según factor de riesgo identificado.
- Derivación a atenciones incluidas en la RIAPMS en los cursos de vida de primera infancia e infancia.
- Demanda inducida a servicios PEDT.
- Diligenciamiento de Instrumentos de apoyo para la valoración como Escala Abreviada del Desarrollo - EAD-3, Instrumento de Valoración Auditiva y Comunicativa - VALE, Escala de Tanner, tablas de patrones de crecimiento – resolución 2465, entre otras.
- Falta registro de responsable y acompañante con número de teléfono.
- Plan de cuidado establecido de acuerdo a las intervenciones de la RIAPMS, ciclo de vida y riesgo identificado.
- No se cuenta con punto de cohorte antropométrico en historia clínica ni con análisis antropométrico según edad.

24.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

Para la vigencia 2024 la institución alcanzo un cumplimiento optimo dado a las estrategias establecidas para la vigencia tales como:

- Capacitación en Guía de Práctica Clínica y Res 3280 de 2018 – RIAPMS, relacionados con las intervenciones por ciclos de vida de primera infancia e infancia con lo cual se fortalece la integralidad de la atención.
- Asistencias técnicas a cada una de las sedes en las cuales se verifico cumplimiento de estándares de Res 3100 de 2019 en los consultorios donde se realiza valoración clínica menores de 10 años.
- Implementación y seguimiento a planes de mejora implementados desde los resultados de la auditoría permitieron reforzar y mejorar calidad del dato en registros de historia clínica.
- Auditoría permanente a las historias clínicas de las atenciones realizadas a primera infancia e infancia, con el fin de evaluar la calidad, que contribuya a mejorar las atenciones, el registro del dato, el diligenciamiento de los instrumentos y la elaboración del plan de cuidado.
- Implementar y ajustar la historia clínica con gráficas, tamizajes y encuestas de obligatoriedad contempladas en el lineamiento técnico y operativo de la Res 3280 de 2018 (cursos de vida primera infancia e infancia).

24.4. Fuente de información resolución 408 de 2018

Informe de comité de historias clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador

24.5. Evidencias y soportes

- Informe de Auditoría Guía de Manejo Crecimiento y Desarrollo.
- Matrices de auditoría.

24.6. Responsable

Ybon Florido Álvarez – Subgerente Comunitaria.
Lyda Cifuentes Rodríguez – Referente PYD.



25. INDICADOR: PROPORCIÓN DE REINGRESOS DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS.

25.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2024	2025	2026	2027
≤ 0.03	≤ 0.03	≤ 0.03	≤ 0.03

Indicador	Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Línea Base 2023	Numerador	Denominador	Resultado Indicador
Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo en la vigencia objeto de evaluación	≤ 0.03	0.01	32	41296	0,001

25.2. Fuente de información resolución 408 de 2018

La fuente de información para la medición de los indicadores de reingresos es nuestro Sistema de Información Dinámica Gerencial, el cual genera la información del numerador y del denominador, analizados e identificados por el proceso de auditoría médica

25.3. Evidencias y soportes

Archivo en formato Excel que contiene la medición de los indicadores de calidad por trimestres de la vigencia 2024.

INDICADORES DE CALIDAD CONSOLIDADO 2024										
INDICADORES DE CALIDAD 2021	TRIMESTRE I 2024	RESULTADO	TRIMESTRE II 2024	RESULTADO	TRIMESTRE III 2024	RESULTADO	TRIMESTRE IV 2024	RESULTADO	AÑO 2024	RESULTADO FINAL
Variable	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad
P.2.13 Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso.	9	0,00107784	4	0,00036826	11	0,00093078	8	0,00077927	32	0,00077489
P.2.13 Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en el periodo.	8350		10862		11818		10266		41296	

25.4. Responsable

Antonio David Samper Fajardo – Subgerencia Científica.

26. INDICADOR: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL.

26.1. Información del Indicador

PROYECCIÓN DE METAS			
2024	2025	2026	2027
≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3

Formula del Indicador	Estándar Propuesto	Numerador	Denominador	Resultado Indicador
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se le asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación ----- Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas consultas médicas generales asignadas en la vigencia objeto de evaluación	≤ 3	48921	29459	1.66

26.2. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

Mantener en el resultado del indicador por debajo de la meta normativa de 3.00 días de oportunidad promedio en la atención de consulta médica general durante todas las vigencias. Para el cierre del año 2024, de acuerdo al seguimiento trimestral reportado al Sistema de Información Hospitalario SIHO, el tiempo promedio de espera para las citas de medicina general obtuvo un resultado promedio anual de 1.66 días.

26.3. Fuente de información resolución 408 de 2018

Ficha técnica de la página web del SIHO Ministerio de Salud y de la Protección Social

26.4. Evidencias y soportes

EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN	TRIM. I 2024	TOTAL	TRIM. II 2024	TOTAL	TRIM. III 2024	TOTAL	TRIM. IV 2024	TOTAL	AÑO 2024	TOTAL AÑO
Variable	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad
P.3.1 Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.	14829	1,47	10603	1,77	6701	1,71	16788	1,76	48921	1,66
P.3.1 Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas.	10042		5972		3916		9529		29459	

26.5. Responsable

Antonio David Samper Fajardo – Subgerencia Científica.

Mónica Adriana Reina Mora – Referente Sistemas de Información.

FASE DE EVALUACIÓN

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN - VIGENCIA 2024								
AREA DE GESTIÓN		INDICADOR	AREA	PROPUESTO	INDICADOR	PONDERACIÓN	RESULTADO	CALIFICACIÓN
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	1	MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD	CALIDAD	1,20	1,0	5%	1	0,05
	2	EFFECTIVIDAD AUDITORIA PAMEC	CALIDAD	90%	100%	5%	5	0,25
	3	GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	90%	72,9%	10%	3	0,30
FINANCIERA Y ADMINISTRA-TIVA 40%	4	RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	SUBGERENCIA ADMIN Y FINANCIERA					
	5	EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA	JUAN DAVID GARZÓN	< 0,9	1,29	5,7%	0	0,00
	6	PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QX ADQUIRIDOS MEDIANTE COMPRAS CONJUNTAS Y/O MEDIOS ELECTRÓNICOS	SUBGERENCIA ADMIN Y FINANCIERA	≥70%	100,0%	5,7%	5	0,29
	7	MONTO DEUDA SUPERIOR 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALAR PLANTA Y OPS	SUBGERENCIA ADMIN Y FINANCIERA	0 o Negativo	0	5,7%	5	0,29
	8	UTILIZACIÓN INFORMACIÓN. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES - RIPS	CALIDAD - ESTADISTICA	4	3	5,7%	3	0,17
	9	RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	JUAN DAVID GARZÓN	≥ 1	0,90	5,7%	1	0,06
	10	OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE LA INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA	PLANEACIÓN - REPORTES	Cumple	Cumple	5,7%	5	0,29
	11	OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE LA INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193	PLANEACIÓN - REPORTES	Cumple	Cumple	5,7%	5	0,29
GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL 40%	21	PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	≥85%	55,5%	8%	1	0,08
	22	INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	EPIDEMIOLOGÍA	0 Casos	0	8%	5	0,40
	23	EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE GUÍAS DE MANEJO ESPECIFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	CRONICOS	≥90%	99,2%	7%	5	0,35
	24	EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE GUÍAS DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	CRONICOS	≥80%	100%	6%	5	0,30
	25	REINGRESOS POR SERVICIOS DE URGENCIAS	SUBGERENCIA CIENTIFICA	≤ 0,03	0,001	5%	5	0,25
	26	OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE LA CONSULTA MÉDICA GENERAL	ESTADISTICA	≤ 3 días	1,66	6%	5	0,30
						100%		3,65

Anexo link para validación de las evidencias de cada uno de los indicadores:

<https://drive.google.com/drive/folders/19QFKZiQoaZ6neqilfLP3ybfpeCRz60ID?usp=sharing>

Cordialmente,



DIEGO ALEJANDRO GARCÍA LONDOÑO
Gerente

Proyecto: Jhojan Andrés Sánchez Ruiz – Referente Planeación.