

# INFORME PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2025

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
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

MARZO DE 2026

## CONTENIDO

<b>A. INDICADORES DE DIRECCIÓN Y GERENCIA .....</b>	<b>3</b>
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.....	10
3. INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.....	12
<b>B. INDICADORES DE FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA .....</b>	<b>16</b>
4. INDICADOR: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO .....	16
5. INDICADOR: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA.....	17
6. INDICADOR: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS:.....	20
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.....	21
8. INDICADOR: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS.....	22
9. INDICADOR: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO .....	24
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.....	26
11. INDICADOR: OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193.....	27
<b>C. INDICADORES CLÍNICA ASISTENCIAL.....</b>	<b>30</b>
21. INDICADOR: PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN.....	30
22. INDICADOR: INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE. ....	36
23. INDICADOR: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA.....	38
24. INDICADOR: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.....	42
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.....	49

## 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 2024	Resultado Alcanzado 2025	Resultado Indicador
Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	$\geq 2.4$	2,0	2,24	1,12

#### 1.2. Actividades a desarrollar:

Durante el 2025 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 2025 se formuló el plan de mejoramiento del Sistema Único de Acreditación, de acuerdo a las oportunidades de mejora identificadas de la autoevaluación del 2024, aplicando la metodología de priorización de riesgo, costo y volumen, arrojando 190 oportunidades de mejora priorizadas, de las cuales se formularon 590 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 2025, 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 271 de 590 acciones planeadas para un cumplimiento del 46%.

<b>CONSOLIDADO PLAN DE MEJORAMIENTO SUA POR GRUPO DE ESTÁNDAR</b>			
<b>GRUPO DE ESTÁNDAR</b>	<b>TOTAL</b>	<b>EJECUTADAS</b>	<b>% CMTO</b>
Pacas	328	113	34%
Direcionamiento	48	42	88%
Gerencia	32	29	91%
Gerencia Del Talento Humano	42	20	48%
Gerencia Del Ambiente Físico	53	21	40%
Gestión De La Tecnología	42	18	43%
Gerencia De La Información	33	18	55%
Mejoramiento De La Calidad	12	10	83
<b>TOTAL</b>	<b>590</b>	<b>271</b>	<b>46%</b>

**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 2025, 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 2025, 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 diciembre del 2025, 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	2025	PROMEDIO
Pacas	2,5	1,7	1,6	1,8	2,1	2,1	1,8	1,9
Direccionamiento	1,7	1,9	1,7	1,9	1,9	1,6	2,7	1,7
Gerencia	2,2	1,0	1,6	1,7	1,9	1,8	2,5	1,7
Gerencia Del Talento Humano	1,7	1,2	1,4	1,9	1,9	1,7	1,8	1,6
Gerencia Del Ambiente Fisico	2,5	1,6	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
Gestión De La Tecnologia	1,7	1,3	1,5	1,8	1,8	1,9	1,8	1,6
Gerencia De La Información	2,4	1,6	1,7	1,7	1,7	1,8	2,0	1,8
Mejoramiento De La Calidad	2,2	1,0	1,9	2,6	3,1	3,2	3,5	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>2,1</b>	<b>1,4</b>	<b>1,7</b>	<b>1,9</b>	<b>2,0</b>	<b>2,0</b>	<b>2,24</b>	<b>1,8</b>

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 2025 se realizó el lanzamiento de la estrategia de “café con propósito, el boletín calidad” 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 el adecuado liderazgo



Fuente: Mesa de Segundo nivel – Referente de Acreditación

- **Fortalecimiento De La Cultura Organizacional De La Mejora Continua FERIA de calidad**

El compromiso con la mejora continua de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha, se evidenció el pasado 24 de septiembre 2025, en la II Feria de Calidad, creando un espacio donde cada uno de los procesos institucionales de una forma lúdica demostraron la Integración de la mejora en los procesos, los participantes mostraron cómo se integra las actividades diarias de cada proceso de forma creativa y lúdica, de igual forma el evento fomentó un ambiente propicio para la participación de 740 miembros de la organización y usuarios buscando crear una cultura donde se logró:

- **Evidencia de Trazabilidad y Compromiso:** El uso de la bitácora de recorrido sirve como un registro tangible (trazabilidad) de la participación de cada colaborador en la feria, demostrando su compromiso y el cumplimiento de la actividad formativa.
- **Medición de la Satisfacción y Receptividad:** La manifestación de satisfacción de los participantes indica que la metodología lúdica y experiencial fue bien recibida, logrando un alto grado aceptación del contenido formativo.

BITÁCORA DE PARTICIPACIÓN FERIA DE CALIDAD				
PROCESO: Calidad y Mejora Continua		CODIGO: CA 770_04	FECHA: 01/05/2024	
NOMBRE	SEDE	CARGO	Calificación	UMAF
MESA O STAND	FIRMA DE EXPOSITOR		CALIFICAR CADA INTERVENCIÓN x 1	
Mesa Urgencias- Hospitalización			5.0	
Mesa Ambulatoria			5.0	
Mesa Promoción y prevención			5.0	
Mesa Farmacia			5.0	
Mesa de Nutrición y SMM	Naris Zapata		5.0	
Mesa de Laboratorio			5.0	
Mesa de Imagenología DM	Luis Olarte		5.0	
Mesa de Imagenología Sabana			5.0	
Mesa de Odontología	Tatiana Rosen		5.0	
Mesa Dirección-Administración-Gerencia			5.0	
Mesa de Talento Humano	Carlos Rojas		5.0	
Mesa de Salud en el Trabajo	María Dora		5.0	
Mesa de Bionética	Natalia Rodríguez		5.0	
Mesa de Ambiente Físico	Luis Lombardi		5.0	
Mesa de Información	Hanna D. Rincón		5.0	
Mesa de Calidad y Mejora Continua			5.0	
Mesa de seguridad del paciente	Katerin Galindo		5.0	
Mesa de humanización			5.0	
Mesa de Atención al Usuario			5.0	
Mesa de Contratación			5.0	
Año 2024 De José María				

BITÁCORA DE PARTICIPACIÓN FERIA DE CALIDAD				
PROCESO: Calidad y Mejora Continua		CODIGO: CA 770_04	FECHA: 01/05/2024	
MESA O STAND	FIRMA DE EXPOSITOR		CALIFICAR CADA INTERVENCIÓN x 1	
Epimología			5.0	
Docencia Referente Ambiental			5.0	
Quirúrgica Silb	Santiago Martínez		5.0	
	Catalina N		5.0	
OBSERVACIONES GENERALES DE LA FERIA DE CALIDAD				
Muy excelente la actualidad y creativo.				



#### PROCESO DE APOYO DIAGNOSTICO

- **Participación Masiva y Activa:** La dinámica de la bitácora de recorrido aseguró que cada participante visitara e interactuara con todos los stands, garantizando la exposición completa a la información presentada.
- **Aprendizaje Integral y Holístico:** Al visitar múltiples estaciones con diferentes dinámicas (juegos de dados, ruletas, Jenga, etc.), los participantes adquirieron una visión completa e interconectada de los diversos procesos organizacionales (Plataforma estratégica, Modelo de atención, RR.HH., Calidad, SST, Medio Ambiente, etc.).

- **Fortalecimiento de la Cultura de Calidad:** La II feria de calidad, en su conjunto, sirvió como un evento de alto impacto para reforzar la importancia de la calidad en todos los procesos, alineando a los colaboradores con los objetivos estratégicos de la organización.

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

Durante el mes de diciembre del 2025, se ejecutó la auditoría del paciente trazador en cada una de la sede hospitalaria, 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:

GRUPO DE ESTANDAR	CUMPLIMIENTO POR ESTANDAR
Derechos de los Pacientes	11%
Seguridad del Paciente	47%
Acceso	11%
Registro e Ingreso	29%
Evaluación de Necesidades al Ingreso	30%
Planeación de la Atención.	46%
Ejecución del Tratamiento	33%
Evaluación de la Atención	0%
Salida y Seguimiento	13%
Referencia y Contra referencia	25%
Sedes Integradas en Red	36%
Mejoramiento Continuo.	0%
<b>TOTAL</b>	<b>24%</b>

**Fuente: Matriz de Autoevaluación – Referente de Acreditación**

### 1.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia 2025:

Para el año 2025 se obtuvo un significativo grado de avance para el programa del Sistema Único de Acreditación ya que se logró:

- Avance significativo de la calificación de autoevaluación SUA pasando de 2,0 a 2,24 en el 2025.
- 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 una 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 2025.
- 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%	110	110	100%

Anexo. PAMEC 2025

### 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 enfocada en sistema único de acreditación y sistema de información para la calidad, seleccionando los procesos a mejorar en hospitalización, urgencias y servicios ambulatorios.
- Se realizó la selección de los procesos a mejorar y su priorización fue ejecutada 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 periódicamente, identificando el avance en forma mensual y trimestral a las acciones.
- Se evaluó la eficacia de los planes de mejoramiento implementados mostrando el impacto.
- Se realizó la socialización del aprendizaje organizacional el 21\_01\_26, 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 desarrolladas**

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.

### **2.4. Fuente de información resolución 408 de 2018**

CA-PRI-01\_PAMEC\_2025 Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

### **2.5. Evidencias y soportes**

Matriz Anexo 1\_ PAMEC 2025, Memorias aprendizaje organizacional y actas de socialización. Reporte ST002 - Superintendencia Nacional de Salud realizado el 26 de febrero del 2026.

### **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%	30	47	63,8%

#### 3.2. Actividades a desarrollar

Durante la vigencia 2025, se llevaron a cabo los siguientes indicadores POA con sus respectivas metas y el respectivo porcentaje de ejecución para la vigencia:

INDICADORES	META AÑO 2025	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.	97%	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.	82%	82%	Cumple
4. Aumentar en 2,2 la autoevaluación de acreditación, respecto a la vigencia anterior.	2,4	1,12	No Cumple
5. Implementar en 44% el plan de mejoramiento del sistema único de acreditación.	40%	46%	Cumple
6. Implementar en 94% el programa de seguridad del paciente.	94%	100%	Cumple
7. Aumentar en 70% el tamizaje en salud oral a través de la consulta de primera vez por momento de curso de vida.	70%	10%	No Cumple
8. Mantener por encima de 52% los tratamientos terminados en pacientes con tamizaje durante la vigencia.	52%	40%	No Cumple
9. Reducir en 5% la prevalencia de caries en primera infancia, infancia y adolescencia.	≤ 5%	40%	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%	21%	No Cumple
11. Mantener la canalización de 75% de la población, mayor de 19 a 69 años con riesgo de diabetes, con sitio de atención en la ESE.	75%	69%	No Cumple

INDICADORES	META AÑO 2025	RESULT ADO	ESTADO
12. Mantener controlados a 80 % de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus.	80%	48%	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%	21%	No Cumple
14. Aumentar en 75% la canalización de la población, mayor de 19 a 69 años con riesgo de hipertensión, con sitio de atención en la ESE.	75%	63%	No Cumple
15. Mantener controlados a 80% de los pacientes diagnosticados con hipertensión.	80%	74%	No Cumple
16. Aumentar en 70% tamizaje de cáncer de mama a las mujeres entre 50 - 69 años, con mamografía bienal.	70%	8%	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%	13%	No Cumple
18. Realizar tamizaje para cáncer cuello uterino al 70% de las mujeres de 25 a 29 años con citología cérvico uterina.	70%	13%	No Cumple
19. Realizar tamizaje para cáncer de próstata al 55% de los hombres de 50 y 75 años, con antígeno prostático.	55%	33%	No Cumple
20. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 10 al control prenatal en la ESE.	57%	67%	Cumple
21. Proporción de gestantes con mínimo cuatro controles prenatales ( mínimo 1 en cada trimestre).	29%	47%	Cumple
22. Implementar el plan de acción de morbilidad materna extrema	100%	100%	Cumple
23. Reducir los casos la incidencia de Sífilis Congénita.	0	100%	Cumple
24. Aumentar en 93% el uso de métodos anticonceptivos modernos, en mujeres con vida sexual activa entre 13 y 49 años.	93%	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.	93%	95%	Cumple
27. Disminuir en 0,05 puntos % la prevalencia de desnutrición aguda.	≤ 5%	3%	Cumple
28. Disminuir en 11% la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer.	≤ 11%	11%	Cumple
29. Implementar y certificar al Hospital como IAMII en articulación con las RIAS	1	100%	Cumple
30. Certificar el hospital como parte de la Red de bancos de leche humana y salas amigas de la familia lactante de Cundinamarca. Implementar la Sala Amiga de la Familia Lactante dual (laboral e institucional).	1	0	No Cumple
31. Alcanzar coberturas útiles de vacunación al 95% en niños y niñas	95%	100%	Cumple

INDICADORES	META AÑO 2025	RESULT ADO	ESTADO
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%	100%	Cumple
33. Alcanzar coberturas útiles de vacunación al 95%, de niños de 5 años con segundo refuerzo de DPT	95%	100%	Cumple
34. Certificar la implementación del Plan de Gestión del Riesgo Hospitalario	1	0	No Cumple
35. Ejecutar el plan de acción propuesto para el programa de humanización.	96%	96%	Cumple
36. Aumentar en 21% el total de residuos reciclables generados en la institución a través de la prestación de servicios.	21%	14%	Cumple
37. implementar la ordenanza 108 de 2019 del departamento relacionada con compras sostenibles	82%	89%	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	7	Cumple
39. Recuperar el 65% de la cartera mayor a 360 días	65%	100%	Cumple
40. Recuperar el 85% de la cartera establecida en presupuesto (corriente)	85%	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 82% el plan de acción de la política pública de participación social.	82%	100%	Cumple
43. Mantener el 93% la satisfacción global de los usuarios de la IPS	93%	97%	Cumple
44. Ejecutar en 100% el plan de mejora de PQRS.	100%	100%	Cumple
45. Mantener el 94% la adherencia a las guías de práctica clínica de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 10 años.	94%	94%	Cumple
46. Mantener el 94% la adherencia a las guías de práctica clínica de hipertensión.	94%	99%	Cumple
47. Cumplir en 100% los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externas.	100%	70%	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, donde se evidencia el porcentaje de cumplimiento para cada una de las metas.

Acuerdo 004 del 30 de enero de 2026.

### **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

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

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO		
Variable	Calificación	
Año 2025 Resolución 1122 (con información cierre año 2024)		Sin riesgo
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

#### 2.2. Responsable

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 **2025** fueron por la suma de \$ **192.655.518.007**, clasificados así: gastos de funcionamiento, \$ 9.950.616.122, gastos de operación comercial, 96.082.966.410, y de inversión, \$ 86.621.935.475; con un incremento del gasto total, sobre la vigencia 2024, de \$ 23.786.348.639, equivalentes a un **14%**.

La Producción total de la vigencia **2025**, fue de \$ 100.033.568.004, la que, frente a la producción del 2024, de \$ 78.445.097.553, arrojó un incremento del **28%**, con una variación absoluta de \$ 21.588.470.451.

De acuerdo a la anterior información encontramos que las ventas totales se incrementaron en un **28%**, mientras que los gastos totales tuvieron un incremento del **14%**, lo que nos permitió el financiamiento del Gasto, en la vigencia 2025.

El Gasto fue controlado y moderado, arrojando un resultado favorable y de **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, \$33.268,30**.

Producción equivalente UVR, \$ 2.704.293,37.

**Resultado del indicador, ponderación vigencias 2025 / 2024 = 0,953**

Toda la información anterior, es la validada en el aplicativo SIHO 2193, FICHA TECNICA, con corte 31 de diciembre de 2025, comparada con la vigencia anterior, convalidada por el MINPROTECCION, mediante la ficha técnica del SIHO, expedida el 12 de marzo de 2025.

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	33.268,30	34.923,17	0,953

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 BASE	Vigencia Actual 2025	Gastos Funcionamiento	9.442.068.281	89.967.234.036	33.268,30	0,953
		Gastos Operación Comercial	80.525.165.755			
		Producción vigencia	100.033.568.004	2.704.293,37		
	Vigencia Anterior 2024	Gastos Funcionamiento	8.736.668.051	77.110.247.693	34.923,17	
		Gastos Operación Comercial	68.373.579.642			
		Producción vigencia	78.445.097.553	2.322.812,86		
LINEA BASE	< 0,9					

Como resultado de la información de la línea base del indicador, en la vigencia 2025, no alcanzamos la meta en la evolución del gasto por unidad de valor relativo producida, siendo superior, quedando en **0,953**.

## 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 e impacto de la disminución del Recaudo, por la desproporción en la posibilidad de cobro, lo que arroja desfinanciamiento, con recaudo efectivo, como fue el resultado de la vigencia 2025.

2. Control y mediciones reales de las actividades de salud contratadas con terceros, que son de apoyo a la operación misional, así: servicios operados por terceros: laboratorio clínico, Imagenología y tac, terapias integrales, oftalmología y sub especialidades, gastroenterología y endoscopia digestiva, ortopedia y sub especialidades y cardiología 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 **10%**, base del crecimiento del Gasto de la vigencia 2025, 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

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	\$6.786.030.994	\$8.869.086.242	<b>76.5%</b>

### 6.2. Responsable

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	4	100%

### 8.2. Actividades a desarrollar

Para el año 2025 se presentaron los siguientes informes:

Durante la vigencia del año 2025, 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 2024. 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 2025 se presentaron los siguientes informes:

- Informe de Frecuencia de Uso Comparativo I Trimestre 2025 vs 2024
- Informe de Frecuencia de Uso Comparativo II Trimestre 2025 vs 2024
- Informe de Frecuencia de Uso Comparativo III Trimestre 2025 vs 2024
- Informe de Frecuencia de Uso Comparativo IV Trimestre 2025 vs 2024

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

- Junta Directiva Ordinaria Acta No 06 del 30 de julio de 2025.
- Junta Directiva Ordinaria Acta No 11 del 27 de octubre de 2025.
- Junta Directiva Ordinaria Acta No 15 del 24 de diciembre de 2025
- Junta Directiva Extraordinaria Acta No 03 del 13 de marzo de 2026.

### **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 2025 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 06 del 30 de julio de 2025 – Presentación de Informes de RIPS primer trimestre de las vigencias 2025 vs 2024
- ✓ Junta Directiva Ordinaria Acta No 11 del 27 de octubre de 2025 – Presentación de Informe de RIPS segundo trimestre de la vigencia 2025 comparativo con segundo trimestre 2024.
- ✓ Junta Directiva Extraordinaria Acta No 15 del 24 de diciembre de 2025 – Presentación de Informe de RIPS tercer trimestre de la vigencia 2025 comparativo con tercer trimestre 2024.
- ✓ Junta Directiva Extraordinaria Acta No 03 del 13 de marzo de 2026 – Presentación de Informe de RIPS cuarto trimestre de la vigencia 2025 comparativo con cuarto trimestre 2024.

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, de la vigencia 2025, incluidos los recursos del convenio ICCU, alcanzando a financiar el gasto con el total del recaudado.

La fuente de financiación son los Ingresos totales recaudados de la vigencia 2025, que ascendieron a \$ 217.389.401.914, representando un mayor valor frente al total recaudado de la vigencia 2024, producto de la mayor venta y recuperación de servicios facturados y pagados por las entidades prestadoras de servicios de salud, y recursos de apalancamiento e iccu.

Los Gastos Comprometidos de la vigencia 2025, fueron de \$ 192.655.518.007, con un incremento sobre los compromisos de la vigencia 2024, incluidos gastos de funcionamiento, 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 2025, el que resulta de la financiación con los RECAUDOS efectivos, del total de los compromisos adquiridos, con un resultado de **1,13**; (por cada peso \$1, recaudado, se financió 1,13 pesos, de cada peso de los compromisos, obteniendo un equilibrio en la financiación del gasto, en un 1,13, por peso gastado.

La información anterior, es la validada en el aplicativo SIHO 2193, con corte 31 de diciembre de 2025, revisada por el MINPROTECCION, y consolidada en la ficha técnica del SIHO.

<b>LINEA DE 2025</b>	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)	1,13
	<b>\$ 217.389.401.914</b>	
<b>LINEA DE 2024</b>	Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo Cuentas Por Pagar de vigencias anteriores.	0,90
	<b>\$ 192.655.518.007</b>	

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.	$\geq 1$	$\geq 1$	$\geq 1$	$\geq 1$

### 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.

<b>Formula del Indicador</b>	<b>Estándar Propuesto</b>	<b>Reporte</b>	<b>Resultado Indicador</b>
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)	No 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.

### **10.6. Responsable**

Jorge Enrique Pedraza – Subgerente Administrativo y Financiero.

## **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:

REPORTE 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 secretaría 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

REPORTE DE ENTREGA TRIMESTRAL AL MINISTERIO

Formulario de Entrega

Formularios No Entregados  
Formularios Devueltos

(1) registros encontrados.

Departamento	Municipios	Código Habitacional	Nombre	2025-01	2025-06	2025-08	2025-12
Cundinamarca	SOACHA	2575400380	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	2025/05/26 (11:58:29)	2025/06/13 (11:05:12)	2025/12/02 (14:02:18)	2026/03/05 (10:45:46)

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

FECHA MÁXIMA REPORTE AL MINISTERIO	OPORTUNIDAD REPORTE	
IV TRIM 2024	24/04/2025	OK
I TRIM 2025	26/05/2025	OK
II TRIM 2025	13/08/2025	OK
III TRIM 2025	02/12/2025	OK
IV TRIM 2025	05/03/2026	OK
ANUAL 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:

- Validación de usuarias capitadas.
- La base de KARDEX que cuenta con 1425 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.
- La base de gravindex que cuenta con 219 pacientes, para captar un incremento posible de gestantes.
- Cruce de historia clínica vs validación de fechas antes de su primer control

Depuración y Obtención del Indicador:

- Base KARDEX: De la siguiente base se obtuvieron 1425 gestantes, en las que:
  - 802 cumplieron con su captación antes de la semana 12. De ellas 624 es población capitada y 178 es población no capitada pero que por autorización o portabilidad de la EAPB se logró realizar la atención de gestantes.
  - 623 no cumplieron con la captación y fueron captadas después de la semana 12. De estas 355 son pacientes capitadas y 268 son pacientes que se atendieron mediante autorización o portabilidad de la EAPB.

DETALLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOT AL	CUM PLE	NO CUM PLE
CAPITA QUE CUMPLE	40	48	73	48	49	42	59	45	56	63	43	58	624		
CAPITA QUE NO CUMPLE	26	45	44	24	40	22	41	28	25	24	16	20	355		
NO CAPITADA QUE CUMPLE	17	9	18	13	16	17	15	14	21	19	10	9	178		
NO CAPITADA QUE NO CUMPLE	22	39	22	29	20	15	16	21	36	22	13	13	268		
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>141</b>	<b>157</b>	<b>114</b>	<b>125</b>	<b>96</b>	<b>131</b>	<b>108</b>	<b>138</b>	<b>128</b>	<b>82</b>	<b>100</b>	<b>1425</b>	<b>802</b>	<b>623</b>

2. Base de GRAVINDEX: De la siguiente base se obtuvieron 219 gestantes de las que:

- 121 no están capitadas con la institución y son remitidas a su IPS primaria de atención mediante el seguimiento telefónico realizado.
- 98 son pacientes capitadas de las cuales 80 cumplen con su captación antes de la semana 12 de embarazo y 14 de ellas no cumplen el criterio de captación temprana, se descarta 4 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 28 con captación antes de la semana 12 de embarazo y 3 que no cumplen con el criterio de captación para un total de 31 usuarias en la base.

GRAVINDEX													
DETALLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
<b>CAPITADAS</b>	8	17	14	6	9	6	5	6	11	7	2	7	<b>98</b>
<b>CUMPLEN</b>	5	14	11	5	9	4	5	5	10	5	2	5	<b>80</b>
<b>NO CUMPLEN</b>	3	3	3	1	0	1	0	1	0	0	0	2	<b>14</b>
<b>NO APLICAN (Aborto, IVE)</b>	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	<b>4</b>
<b>NO CAPITADAS</b>	3	6	14	11	13	12	7	10	10	14	6	15	<b>121</b>

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 = (802+28) =830	57%
Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación	Total = (1425+31) =1456	

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	830	1456	57%

## 21.2. Actividades a desarrollar

Para el I trimestre del año se tuvo un cumplimiento del 50.8% en el indicador. Durante la vigencia 2025 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 capacitación con referencia a la prueba de embarazo al igual que la inasistencia a las citas de inicio de control prenatal programadas lo que retrasa la captación temprana

Para el II trimestre del año se obtuvo un cumplimiento del 55.2%. 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 el III trimestre de 2025 se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 55.7%. 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 el IV trimestre de 2025 se obtiene un cumplimiento del 65.1%. 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.

La inasistencia a las diferentes consultas programadas también es un factor que afecta el cumplimiento de indicadores ya que retrasa la captación temprana en esta consulta.

### **21.1. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia**

Para la vigencia 2025 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.

Para esta vigencia se cuenta con pruebas POCT de embarazo en las sedes lo que ayuda a mejorar la captación temprana cuando se toman en pacientes con factores de riesgo identificadas en las diferentes consultas.

### **21.2. 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

### **21.3. 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 REGIÓN DE SALUD SOACHA		PLAN INTEGRADO DE ACCIÓN EN SALUD POA ARMONIZADO 2025										Código	CA_FTQ_47		
PROCESO		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO										Ubicación	Fecha		
I. GENERALIDAD DEL INDICADOR															
CONSECUTIVO	LÍNEA ESTRATÉGICA PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO 2024 - 2028	OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	ASISTENCIAL	POLÍTICA INSTITUCIONAL	SERVICIO										
POA-20-2025	Con-unidad	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.											
TIPO DE PROCESO	MISIONAL	PROCESO	SERVICIOS AMBULATORIOS	PRINCIPIO	COMPROMISO	VALOR	CALIDAD								
NOMBRE DEL INDICADOR DEL PRODUCTO	Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 10 a control prenatal.			META DEL PRODUCTO ANUAL (TEXTO)	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 10 al control prenatal en la ESE.										
2. DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR															
Numerador	Número de mujeres gestantes captadas antes de la semana 10 y remitidas a control prenatal			Fuente de información y alcance del numerador	El dato se obtiene de la base de datos generada con las consultas de 1 vez de CPN del Karibeb de gestantes donde se verifica una a una las usuarias que cuentan con atenciones anteriores al CPN y										
Denominador	Número total de mujeres gestantes identificadas con sitio de atención la ESE x 100			Fuente de información y alcance del denominador	El dato se obtiene de la base de datos de gestantes que se diligencian en toda la red donde se atiende CPN										
Valor esperado año 2025	57%	Meta - 2024	85%	Fuente de información meta	PLAN OPERATIVO ANUAL ARMONIZADO 2022 - ACUERDO JUNTA DIRECTIVA 00-2022										
NOMBRE DEL RESPONSABLE	Rocio del Pilar Vasquez Vilada			Unidad de medida	%	NIVELES DEL INDICADOR									
Cargo responsable del indicador	Referente Salud Sexual y Reproductiva			BASE VALOR 2024	85%	ANUAL	57,0%	52,0%	47,0%						
Correo electrónico	referentesor@hmg.gov.co			ESPERADO 2025	57%	TRIMESTRAL	14,3%	13,0%	11,8%						
Subgerencia a la que pertenece	SUB. COMUNITARIA			Tipo de Acción	PREVENTIVO	MENSUAL	4,8%	4,3%	3,9%						
ATRIBUTO DE CALIDAD	TIPO DE INDICADOR	TENDENCIA ESPERADA	FRECUENCIA DE LA MEDICIÓN	VIGENCIA											
ACCESIBILIDAD	EFICIENCIA	CRECIENTE	TRIMESTRAL	2025											
2. ACTIVIDADES ASOCIADAS PARA CUMPLIR CON INDICADOR DE PRODUCTO															
Trimestre	Actividad (A)	Paso a de la (A) frente a la meta (B)	Programado trimestre (C)	Ejecutado trimestre (D)	Reporte de (D) al cumplimiento de la meta (E) (%)	Descripción	Evidencia	PERIODO	Desviación programada	Desviación ejecutada	Reporte ejecutado				
2. ACTIVIDADES ASOCIADAS PARA CUMPLIR CON INDICADOR DE PRODUCTO															
Trimestre	Actividad (A)	Paso a de la (A) frente a la meta (B)	Programado trimestre (C)	Ejecutado trimestre (D)	Reporte de (D) al cumplimiento de la meta (E) (%)	Descripción	Evidencia	PERIODO	Desviación programada	Desviación ejecutada	Reporte ejecutado				
I Trimestre	1. Realizar la asignación de cita de control prenatal de acuerdo al reporte de Gravidez positivo reportado por el laboratorio clínico de la ESE.	100%	25%	0%	0%	Se entregó un listado de captaciones en gestantes antes de semana 10, enviado a los 10 laboratorios clínicos para que la entrega se realice en el momento de captación de gestantes antes de semana 10, donde se va diligenciando el formulario de seguimiento de gestantes en el momento de captación de gestantes.	Lista de datos de seguimiento de gestantes, Karibeb de gestantes.	25%	0%	0%	0				
II Trimestre			25%	0%	0%			25%	0%	0%	0				
III Trimestre			25%	0%	0%			25%	0%	0%	0				
IV Trimestre			25%	0%	0%			25%	0%	0%	0				
I Trimestre	Realizar planes de seguimiento para el cumplimiento del indicador para el primer trimestre del año.	0	0%	0%	0%			0%	0%	0%	0				
II Trimestre		1	0%	0%	0%			0%	0%	0%	0				
III Trimestre		0	0%	0%	0%			0%	0%	0%	0				
IV Trimestre		0	0%	0%	0%			0%	0%	0%	0				
Total Planes de Mejora - Vigencia								3	100%	88%	8%	0%	19%	0%	0%
REGISTRO DE DATOS															
PERIODO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	ENERO			
EDGSAAS	SOACHA	9	12	15	12	17	5	15	12	7	10	9	15		
	SOACHA	18	14	24	18	17	18	26	27	23	21	23	25		
NUEVA EPS	SIBATE	5	2	2	4	1	6	2	4	0	1	2	2		
	GRANADA	2	1	9	2	9	0	2	1	2	0	1	0		
	SOACHA	3	13	20	3	3	3	12	5	8	7	8	7		
SANITAS	SIBATE	6	0	6	6	0	0	1	1	0	0	0	1		
	GRANADA	1	0	1	1	0	0	2	0	0	0	1	1		
IAS	OTRAS EPS	5	2	9	15	11	16	14	13	18	19	12	12		
	NUMERADOR	42	44	71	53	40	49	66	55	64	67	50	65		
REGISTRO MENSUAL	DENOMINADOR	72	99	128	76	97	75	99	72	91	76	57	77		
	VALOR DEL INDICADOR	58%	44,4%	55,5%	70%	51%	65%	67%	76%	79%	86%	86%	84%		
	NUMERADOR	157													
REGISTRO TRIMESTRAL	DENOMINADOR	208													
	VALOR DEL INDICADOR	52,5%													
CUMPLIMIENTO DESVIACIÓN ANUAL POR CUMPLIR															
REGISTRO AÑO	NUMERADOR														
	DENOMINADOR	1.011													
	VALOR DEL INDICADOR	66,8% -9,8%													
INDICADOR MENSUAL VS AÑO	5,51%	2,00%	5,34%	2,04%	5,34%	1,34%	6,51%	1,96%	4,21%	7,90%	1,30%	7,37%			
INDICADOR ACUMULADO TRIMESTRAL	3,5%	7,2%	13,1%	18,5%	23,4%	28,3%	34,3%	40,35%	46,7%	54,6%	60,5%	66,2%			
META ACUMULADA MENSUAL	4,8%	9,5%	14,2%	19,0%	23,8%	28,5%	33,2%	38,0%	42,8%	47,5%	52,3%	57,0%			
VARIACIÓN / DESVIACIÓN	0%	-15%	-2%	0%	-6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%			
PORCENTAJE DE LOGRO	100,0%	78,8%	87,3%	100,0%	88,8%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%			
4. COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR															



## 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	100%

La prevención de la sífilis congénita es fundamental debido a los graves riesgos que esta infección representa para los recién nacidos, así como a las posibles secuelas a largo plazo si no se trata de manera oportuna. Proteger la salud neonatal y garantizar un inicio de vida saludable requiere fortalecer la atención prenatal, realizar pruebas de detección de forma sistemática, asegurar el tratamiento oportuno y promover el uso del condón como medida preventiva. Estas estrategias son clave para reducir la transmisión 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 2022 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 2024 fueron notificados 1029 casos reportando una incidencia de 2.5 por cada 1000 NV + Mortinatos casos. Cundinamarca registra una incidencia menor a la nacional con 2.1 por cada 1000 NV (52 casos). Para el 2025 Colombia registra como cifra preliminar 985 casos con una incidencia de 2.5, mientras Cundinamarca registro 58 casos para una incidencia levemente superior a la nacional con 2.3

Para la Empresa Social de Estado Región de Salud Soacha para el 2025 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: Garantizar el inicio temprano del control prenatal (idealmente en el primer trimestre) y asegurar los controles durante el embarazo. Implementar estrategias de búsqueda activa de gestantes que no asisten a controles.

- Tamizaje Universal y Repetido: Realizar pruebas de sífilis en el primer control prenatal, en el tercer trimestre y al momento del parto, asegurando cobertura total en todas las gestantes.
- Diagnóstico y Tratamiento Oportuno: Asegurar la disponibilidad inmediata de pruebas diagnósticas rápidas y tratamiento con Penicilina en todos los niveles de atención.
- Prevención de la Transmisión Vertical: Garantizar el tratamiento completo y oportuno de la gestante diagnosticada, así como de su(s) pareja(s), para cortar la cadena de transmisión.
- Seguimiento del Tratamiento: Implementar sistemas de seguimiento clínico y serológico para verificar la efectividad del tratamiento en la madre y el recién nacido.
- Fortalecer la captación, notificación y tratamiento de las parejas sexuales para evitar reinfecciones.
- Educación y Concientización: Desarrollar campañas educativas sobre la sífilis, sus riesgos y medidas de prevención, promoviendo el autocuidado y la consulta oportuna.
- Promoción del Uso del Condón: Fomentar el uso correcto y constante del preservativo como medida clave de prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Capacitación del Personal de Salud: Actualizar continuamente a los profesionales en diagnóstico, manejo clínico y lineamientos de las guías de práctica clínica (GPC).
- Fortalecimiento de la Ruta de Atención: Asegurar que los servicios de salud cuenten con protocolos claros, insumos suficientes y tiempos de respuesta oportunos.
- Vigilancia Epidemiológica: Mejorar los sistemas de notificación, registro y análisis de casos para identificar brechas y orientar acciones de intervención.
- Reducción de Barreras de Acceso: Disminuir barreras geográficas, económicas y administrativas que dificultan el acceso a diagnóstico y tratamiento.
- Continuidad de Estrategias GPC: Fortalecer la implementación y socialización de las Guías de Práctica Clínica para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, así como las relacionadas con la atención del embarazo, parto y 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	1.372	1.380	99,4%

### 23.2. Actividades a Desarrollar

La hipertensión arterial (HTA) representa un problema de salud pública, debido a su elevada prevalencia, curso generalmente asintomático y fuerte asociación con complicaciones graves. Esta condición constituye uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal, las cuales figuran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad. En este contexto, la detección temprana, el tratamiento oportuno y el seguimiento continuo de los pacientes hipertensos son estrategias esenciales para reducir su impacto y mejorar los indicadores de salud en la población.

La auditoría de las Guías de Práctica Clínica (GPC) para la hipertensión arterial representa una oportunidad estratégica para fortalecer la calidad de la atención en salud y garantizar intervenciones oportunas, seguras y basadas en la evidencia. Este proceso permite identificar fortalezas y oportunidades de mejora en la atención de los pacientes, promoviendo la adherencia a los lineamientos establecidos y optimizando la toma de decisiones clínicas.

Además, la revisión sistemática del cumplimiento de las GPC favorece la estandarización de los procesos, reduce la variabilidad en la práctica médica y contribuye a mejores resultados en salud, especialmente en el control de una condición crónica de alta prevalencia como la hipertensión arterial. En este sentido, la auditoría se convierte en una herramienta clave para impulsar la mejora continua, alineando la prestación de los servicios con las rutas integrales de atención y los objetivos institucionales de calidad, seguridad y humanización del cuidado.

En conclusión, 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 2025 se auditó 345 historias clínicas, el 100% cumple con criterios de atenciones en consulta de crónicos (HTA), y un porcentaje total de cumplimiento de adherencia a la guía de práctica clínica de enfermedad hipertensiva de un 97,24%, para un resultado de ÓPTIMO de acuerdo con la semaforización establecida.

- El total de médicos auditados fue 36 con un porcentaje de adherencia del 97.24%, presentando un incremento notable del número de profesionales con respecto a periodos anteriores.
- 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 98,9%.
- El puesto de salud con menor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de HTA es el centro de salud de Ciudad Latina con un porcentaje de cumplimiento de 96.49%.

Para el II trimestre 2025 se auditó 343 historias clínicas, el 100% cumple con criterio de atenciones de consulta de crónicos (HTA), y un porcentaje total de cumplimiento de adherencia a la guía de práctica clínica de enfermedad hipertensiva fue de un 97,11%, para un resultado de ÓPTIMO de acuerdo con la semaforización establecida.

- El total de médicos auditados fue 32 con un porcentaje de adherencia del 97.11%
- 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 99.79%
- El puesto de salud con menor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de HTA es el centro de salud de Luis Carlos Galán con un porcentaje de cumplimiento de 96.49%.

Para el III trimestre 2025 se auditó 348 historias clínicas, el 100% cumple con criterios de atenciones de consulta de crónicos (HTA), y un porcentaje total de cumplimiento de adherencia a la guía de práctica clínica de enfermedad hipertensiva fue de un 97,34% para un resultado de ÓPTIMO de acuerdo con la semaforización establecida.

- El total de médicos auditados fue 33 con un porcentaje de adherencia del 97,34%.
- El puesto de salud con mayor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de HTA es el puesto de salud de La Despensa con un cumplimiento del 99,9%
- El puesto de salud con menor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de HTA es el puesto de salud de Ciudad Latina con un porcentaje de cumplimiento de 95,8%.

Para el IV trimestre 2025 se auditó 344 historias clínicas, el 100% cumple con criterios de atenciones de consulta de crónicos (HTA), y un porcentaje total de cumplimiento de adherencia a

la guía de práctica clínica de enfermedad hipertensiva fue de un 97%, para un resultado de ÓPTIMO de acuerdo con la semaforización establecida.

- El total de Médicos auditados fue 27 con un porcentaje de adherencia del 97%.
- El puesto de salud con mayor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de HTA es el puesto de salud de La Despensa con un cumplimiento del 99.4%
- El puesto de salud con menor porcentaje de adherencia a la guía de práctica clínica de HTA es el centro de salud de Granada con un porcentaje de cumplimiento de 96.2%.

## 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, no valoración de los antecedentes y los factores de riesgo del paciente, lo cual, afecta el análisis y el establecimiento del plan de cuidado inicial y de seguimiento.
- 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 definición del plan de cuidado de acuerdo a las intervenciones de la GPC, RIA Cardiovascular y el riesgo identificado.
- No hay continuidad en el registro en la historia clínica de las atenciones realizadas con su respectivo análisis.
- Las ordenes de laboratorios no son acordes a los lineamientos establecidos por la Ruta y no evidencia el análisis de laboratorios de control.
- Los pacientes no son adherentes a los controles y en la realización de los exámenes lo que dificulta el análisis y plan de cuidado.

### 23.3. Logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia

- Socializar y retroalimentar a la referente del programa y los profesionales de la salud los hallazgos y resultados obtenidos en la auditoría de adherencia a la GPC de HTA, en aras de mejorar el cumplimiento de los lineamientos del proceso de atención de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial.
- Realizar fortalecimiento de capacidades a los profesionales de la salud sobre la GPC de HTA, que conlleve a mejorar el 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. Esto permite realizar un análisis y un 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.).
- Lograr unificar el modelo de atención inicial y de control, donde incluya exámenes, identificación del riesgo, registro de la historia clínica y parametrización de la información por parte de sistemas.
- Lograr una mayor adherencia a las recomendaciones basadas en evidencia, garantizando intervenciones más seguras, oportunas y efectivas.
- Implementación y seguimiento a planes de mejora implementados desde los resultados de la auditoría permiten reforzar y mejorar calidad del dato en registros de historia clínica.
- Optimizar los recursos, uso más eficiente de tecnologías y servicios, evitando intervenciones innecesarias o duplicadas.

#### **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 Práctica Clínica de Hipertensión Arterial.
- Matrices de Auditoría.

#### **23.6. Responsable**

Ybon Florido Álvarez – Subgerente Comunitaria.  
Lyda Yicel 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	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 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	1.305	1.394	93,6%

### 24.2. Actividades a desarrollar

La valoración integral en la primera infancia e infancia es un proceso esencial que permite evaluar de manera holística el estado de salud y desarrollo de los niños y niñas, considerando no solo los aspectos biológicos, sino también los factores psicológicos, sociales y del entorno que influyen en su bienestar. Este enfoque reconoce que el desarrollo infantil es dinámico y está determinado por múltiples variables que requieren seguimiento continuo y atención oportuna.

Mediante esta valoración, se busca identificar de forma temprana posibles riesgos, alteraciones o condiciones que puedan interferir con un crecimiento adecuado, facilitando la implementación de estrategias preventivas y de intervención temprana. La detección oportuna es clave para reducir el impacto de estos factores y favorecer trayectorias de desarrollo saludables.

Asimismo, la aplicación de buenas prácticas médicas y estándares de calidad en la atención garantiza un abordaje integral, humanizado y basado en la evidencia, fortaleciendo la toma de decisiones clínicas y el acompañamiento a las familias. De esta manera, la valoración integral se convierte en una herramienta clave para promover el desarrollo pleno de la niñez, asegurando condiciones que favorezcan su bienestar y calidad de vida desde los primeros años.

De acuerdo a lo anterior, 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 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 Resolución 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 proceso de auditoría, se realiza consolidado de atenciones de la consulta de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de 10 años en los ciclos de vida de primera infancia e infancia, posterior a esto se aplica fórmula estadística para obtener muestra para la aplicación de matriz de auditoría clínica con el fin de realizar medición de la adherencia a la GPC de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años, el cual se obtuvo los siguientes resultados en el año 2025:

Para el I trimestre 2025, se auditaron 326 historias clínicas correspondientes a atenciones de CyD realizadas por los profesionales de medicina y enfermería en primera infancia e infancia, 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 92,9%, para un resultado Óptimo, de acuerdo a la semaforización establecida.

- El total de médicos auditados fue 47 con un porcentaje de adherencia de 94,2%.
- El total de enfermeros auditados fue 8 con un porcentaje de adherencia de 94,08%.
- La sede con mayor porcentaje de adherencia a la GPC de CyD es el Centro de Salud La Despensa y el Puesto de Salud de Santillana con 95,3%.
- La sede con menor porcentaje de adherencia a la GPC de CyD es el Puesto de Salud de Ciudad Latina con 91,7%.
- Los criterios con mayores falencias:
  - Errores sistemáticos en el diligenciamiento clínico.
  - Brechas en tamizajes y valoraciones obligatorias: Potenciales Evocados Auditivos (PEA), Radiografía de cadera.
  - Falta de anexos como los Tamizajes y Gráficas de valoración del Desarrollo en la Historia clínica.
  - Deficiencias en suplementación nutricional y farmacológica: Micronutrientes, Vitamina A y Anti parasitación.

- No registro de información de vacunación y demanda inducida.

Para el II trimestre 2025, se auditaron 322 historias clínicas correspondientes a atenciones de CyD realizadas por los profesionales de medicina y enfermería en primera infancia e infancia, con un porcentaje de cumplimiento del 92,5% 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.

- El total de médicos auditados fue 39 con un porcentaje de adherencia del 91,2%.
- El total de enfermeros auditados fue 8 con un porcentaje de adherencia del 92,08%.
- Las sedes con mayor porcentaje de adherencia a la GPC de CyD es el Puesto de Salud Ciudad Latina y Puesto de Salud de Santillana con 94,6%.
- La sede con menor porcentaje de adherencia a la GPC de CyD es el Centro de salud Granada con 90,1%, para lo cual se establece plan de mejora institucional.
- Los criterios con mayores falencias:
  - Errores sistemáticos en el diligenciamiento clínico.
  - Omisión de actividades de tamizaje.
  - Deficiencias en el registro del estado nutricional y psicosocial.
  - Inadecuado registro del estado vacunal y demanda inducida.
  - Falta de anexos para seguimiento de crecimiento y desarrollo.
  - Deficiencias en suplementación nutricional y farmacológica: Micronutrientes, Vitamina A y Anti parasitación.

Para el III trimestre 2025, se auditaron 406 historias clínicas correspondientes a atenciones de CyD realizadas por los profesionales de medicina y enfermería en primera infancia e infancia, con un porcentaje de cumplimiento del 94,8%, 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.

- El total de médicos auditados fue 37 con un porcentaje de adherencia de 93,9%.
- El total de enfermeros auditados fue 16 con un porcentaje de adherencia de 96%.
- La sede con mayor porcentaje de adherencia a la GPC de CyD es el Puesto de Salud Santillana con 95,3%.
- La sede con menor porcentaje de adherencia a la GPC de CyD es el puesto de Ciudad latina con 93,8%, para lo cual se establece plan de mejora institucional.
- Los criterios con mayores falencias:
  - Errores sistemáticos en el diligenciamiento clínico.
  - No hay registro completo de factores de riesgo y antecedentes.
  - Inadecuado registro del estado vacunal.
  - Falta de anexos y tamizajes para seguimiento de crecimiento y desarrollo.
  - Falta de registro de ordenamiento de micronutrientes, vitamina A y desparasitación.
  - Falta de plan de manejo o indicaciones claras.

Para el IV trimestre 2025, se auditaron 340 historias clínicas correspondientes a atenciones de CyD realizadas por los profesionales de medicina y enfermería en primera infancia e infancia, con un porcentaje de cumplimiento del 93,8%, 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.

- El total de médicos auditados fue 25 con un porcentaje de adherencia de 94,3%.
- El total de enfermeros auditados fue 12 con un porcentaje de adherencia de 93,8%.
- La sede con mayor porcentaje de adherencia de GPC de CyD fue el Puesto de Salud de Santillana con 95,6%.
- La sede con menor porcentaje de adherencia de GPC y CyD fue el Puesto de Salud de Ciudad Latina con 93,1%, por lo cual se estable plan de mejora institucional.
- Los criterios con mayores falencias:
  - No hay registro completo de la información en la historia clínica como antecedentes, análisis, vacunación, ordenamientos, tamizajes, demanda inducida, gestión del riesgo, entre otros.
  - Deficiencias en el registro del estado nutricional y psicosocial.
  - Inadecuado registro del estado vacunal.
  - Falta de anexos y tamizajes para seguimiento de crecimiento y desarrollo.
  - Falta de registro de ordenamiento de micronutrientes, vitamina A y desparasitación.
  - Brechas en tamizajes y valoraciones obligatorias: Potenciales Evocados Auditivos (PEA), Radiografía de cadera.
  - Falta parametrizar los anexos (tamizajes, escalas y gráficas) en las historias clínicas.
  - Falta registrar la educación brindada.

## HALLAZGOS DE AUDITORÍA

- Falta de adherencia a las intervenciones y lineamientos establecidos en la GPC y la Resolución 3280 de 2018 – Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, donde establece las atenciones de la población de primera infancia e infancia.
- Falta de registro de información en las Historias Clínicas por parte de los profesionales de las intervenciones realizadas a los pacientes (Valoración física, Antecedentes, Vacunación, Salud Oral, suministro de Anti parasitación, Micronutrientes y Vitamina A, Ordenamiento de laboratorios, Educación brindada, Tamizajes realizados, ordenamiento de la Radiografía de Cadera y los Potenciales Evocados Auditivos – PEA y la demanda inducida a otros servicios) de manera completa.
- Fortalecer el ordenamiento 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.
- Fortalecer el ordenamiento y registro de desparasitación la cual debe iniciar desde el primer año de vida y solicitarse cada 6 meses.
- Falta fortalecer la derivación a las atenciones incluidas en la RIAPMS en los cursos de vida de primera infancia e infancia (Vacunación, Salud Oral, Pediatría, Nutrición, entre otras), mediante la estrategia de Demanda inducida a servicios PEDT.
- Falta fortalecer el 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, en las Historias Clínicas (Estas se encuentra en ajustes y revisión ya que las gráficas y tamizajes no evidencia los resultados).

- Falta registro de responsable y acompañante con número de teléfono.
- Falta mejorar el registro de los planes 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 2025 la institución alcanzo un cumplimiento OPTIMO dado a las estrategias establecidas para la vigencia tales como:

- Capacitación dirigida al personal asistencial sobre la Guía de Práctica Clínica y la Resolución 3280 de 2028 – Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, relacionados con las intervenciones por ciclos de vida con énfasis en primera infancia e infancia con lo cual se fortalece la integralidad de la atención de los niños y niñas, la identificación del riesgo en salud y el establecimiento de planes de cuidado.
- Asistencias técnicas a cada una de las sedes en las cuales se verifico cumplimiento de estándares de la Resolución 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, garantizar la adherencia y cumplimiento de las intervenciones establecidos para la atención de los niños y niñas.
- 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.
- Implementación y ajuste de las historias clínicas que incluyan el AIEPI y las 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**

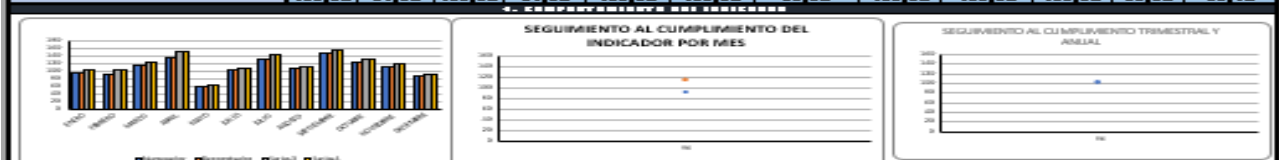
- Informe de Auditoría Guía de Manejo Crecimiento y Desarrollo.
- Matrices de Auditoría.
- Ficha Técnica Indicador POA 2025.

REGISTRO DE DATOS													
PERIODO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
REGISTRO MENSUAL	NUMERADOR	96	91	116	135	61	102	132	105	148	122	111	86
	DENOMINADOR	101	102	123	152	64	106	142	110	154	125	119	92
	VALOR DEL INDICADOR	95%	89,2%	94,3%	89%	95%	96%	93%	95%	96%	95%	93%	93%
REGISTRO TRIMESTRE	NUMERADOR	303			298			385			319		
	DENOMINADOR	326			322			406			340		
	VALOR DEL INDICADOR	92,9%			92,5%			94,8%			93,8%		
CUMPLIMIENTO DESVIACIÓN ANUAL POR CUMPLIR													
REGISTRO AÑO	NUMERADOR	1.305 5											
	DENOMINADOR	1.394											
	VALOR DEL INDICADOR	93,6% 0,4%											
INDICADOR MENSUAL VS AÑO	7,36%	6,98%	8,90%	10,48%	4,74%	7,92%	8,13%	6,47%	8,11%	8,97%	8,16%	6,32%	
INDICADOR ACUMULADO TRIMESTRAL	7,4%	14,3%	23,2%	33,7%	38,5%	46,4%	54,5%	60,97%	70,1%	79,1%	87,2%	93,5%	
META ACUMULADA MENSUAL	7,8%	15,7%	23,5%	31,3%	39,2%	47,0%	54,8%	62,7%	70,5%	78,3%	86,2%	94,0%	
VARIACIÓN / DESVIACIÓN	0%	-5%	0%	-5%	0%	0%	-1%	0%	0%	0%	-1%	-1%	
PORCENTAJE DE LOGRO	100,0%	94,9%	100,0%	94,5%	100,0%	100,0%	98,9%	100,0%	100,0%	100,0%	99,2%	99,4%	

NOMBRE DEL INDICADOR DEL PROYECTO	I de Adhesión a GPC			META DEL PROYECTO ANUAL (TEXTO)	Número de GPC la Adhesión a los que se gestiona el caso de adherencia y desarrollo en acción de 18 años				
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR</b>									
Nombre	No. De adheridos que cumplen con la GPC			Paralelo de información y alcance del numerador	Cantidad general de los adheridos a planes de Cerebral y Desarrollo desde el primer trimestre de 2025				
Denominador	No. Adheridos totalizados			Paralelo de información y alcance del denominador	Muestra el nivel alcanzado de la Meta de adheridos				
Valor registrado en 2025	94%	Meta - 2025	92%	Paralelo de información meta	META ANUAL POR PERIODO TRIMESTRAL 2025 - 2025				
NOMBRE DEL RESPONSABLE	Lyda Cifuentes Rodríguez			Meta de meta	%	PERIODO	META	RIESGO	PROBLEMA
Cargo responsable del indicador	Referente de Cobertura			Meta en 2025	92%	ANUAL	94,0%	94,0%	94,0%
Correo electrónico	referente@soacha.gov.co			Meta en 2024	94%	TRIMESTRAL	29,5%	22,9%	29,5%
Subproyecto a la que pertenece	SUB. COMUNITARIA			Meta en 2023	CORRECTIVO	MENSUAL	7,8%	7,4%	7,8%
ATRIBUTO DE CALIDAD	TIPO DE INDICADOR	TENDENCIA ESPERADA	FRECUENCIA DE LA MEDICIÓN	VICENCIA					
CONTINUIDAD	EFFECTIVIDAD	CRECIENTE	TRIMESTRAL	2025					

3. ESTADÍSTICAS BÁSICAS PARA CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO									
Trimestre	Meta (en %)	Meta en % de GPC Adheridos a Meta	Meta en % de GPC Adheridos a Meta	Meta en % de GPC Adheridos a Meta	Meta en % de GPC Adheridos a Meta	Meta en % de GPC Adheridos a Meta	Meta en % de GPC Adheridos a Meta	Meta en % de GPC Adheridos a Meta	Meta en % de GPC Adheridos a Meta
1. Bases sobre la forma transferir	30%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2. Bases sobre el mecanismo de adherencia a través de la transferencia	30%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3. Bases operativas y componentes de la gestión de adherencia	30%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4. Bases operativas y componentes de la gestión de adherencia	30%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5. Bases que se manejan	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
6. Bases que se manejan	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
7. Bases que se manejan	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
8. Bases que se manejan	2	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
9. Bases que se manejan	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Total de Bases</b>	<b>5</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>

REGISTRO DE DATOS												
PERIODO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
NUMERADOR	96	91	116	135	61	102	132	105	148	122	111	86
DENOMINADOR	101	102	123	152	64	106	142	110	154	125	119	92
VALOR DEL INDICADOR	95%	89,2%	94,3%	89%	95%	96%	93%	95%	96%	95%	93%	93%
CUMPLIMIENTO DESVIACIÓN ANUAL POR CUMPLIR												
1.305 5												
1.394												
93,6% 0,4%												
INDICADOR MENSUAL VS AÑO	7,36%	6,98%	8,90%	10,48%	4,74%	7,92%	8,13%	6,47%	8,11%	8,97%	8,16%	6,32%
INDICADOR ACUMULADO TRIMESTRAL	7,4%	14,3%	23,2%	33,7%	38,5%	46,4%	54,5%	60,97%	70,1%	79,1%	87,2%	93,5%
META ACUMULADA MENSUAL	7,8%	15,7%	23,5%	31,3%	39,2%	47,0%	54,8%	62,7%	70,5%	78,3%	86,2%	94,0%
VARIACIÓN / DESVIACIÓN	0%	-5%	0%	-5%	0%	0%	-1%	0%	0%	0%	-1%	-1%
PORCENTAJE DE LOGRO	100,0%	94,9%	100,0%	94,5%	100,0%	100,0%	98,9%	100,0%	100,0%	100,0%	99,2%	99,4%



24.6. Responsable

Ybon Florido Álvarez – Subgerente Comunitaria.  
Lyda Yicel 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	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	88	49.671	0,002

### 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 2025.

INDICADORES DE CALIDAD CONSOLIDADO 2025										
INDICADORES DE CALIDAD 2021	TRIMESTRE I 2025	RESULTADO	TRIMESTRE II 2025	RESULTADO	TRIMESTRE III 2025	RESULTADO	TRIMESTRE IV 2025	RESULTADO	AÑO 2025	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.	13	0,00117903	27	0,00226301	31	0,0022631	17	0,00130608	88	0,00177166
P.2.13 Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en el periodo.	11026		11931		13698		13016		49671	

### 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	62.773	34.376	1,82

### 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 2025, 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 1.82días.

### 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

INDICADORES DE CALIDAD CONSOLIDADO 2025										
INDICADORES DE CALIDAD 2021	TRIMESTRE I 2025	RESULTADO	TRIMESTRE II 2025	RESULTADO	TRIMESTRE III 2025	RESULTADO	TRIMESTRE IV 2025	RESULTADO	AÑO 2025	RESULTADO FINAL
Variable	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad
<a href="#">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.</a>	23667	1,9381705	16538	1,92458978	15179	1,64935347	7389	1,69123369	62773	1,82607051
<a href="#">P.3.1 Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas.</a>	12211		8593		9203		4369		34376	

### 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 2025								
AREA DE GESTIÓN	INDICADOR	AREA	PROPUESTO	INDICADOR	PONDERACIÓN	RESULTADO	CALIFICACIÓN	
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	1 MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD	CALIDAD	1,20	1,12	5%	3	0,15	
	2 EFECTIVIDAD AUDITORIA PAMEC	CALIDAD	90%	100%	5%	5	0,25	
	3 GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	PLANEACIÓN	90%	63,8%	10%	1	0,10	
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 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	0,953	5,7%	3	0,17	
	6 PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QX ADQUIRIDOS MEDIANTE COMPRAS CONJUNTAS Y/O MEDIOS ELECTRÓNICOS	SUBGERENCIA ADMIN Y FINANCIERA	≥70%	76,5%	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	4	5,7%	5	0,29	
	9 RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	JUAN DAVID GARZÓN	≥ 1	1,13	5,7%	5	0,29	
	10 OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE LA INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA	PLANEACIÓN - REPORTES	Cumple	No cumple	5,7%	0	0,00	
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%	57,0%	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 ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	CRONICOS	≥90%	99,4%	7%	5	0,35	
	24 EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE GUÍAS DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	CRONICOS	≥80%	93,6%	6%	5	0,30	
	25 REINGRESOS POR SERVICIOS DE URGENCIAS	SUBGERENCIA CIENTIFICA	≤ 0,03	0,002	5%	5	0,25	
	26 OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE LA CONSULTA MÉDICA GENERAL	ESTADISTICA	≤ 3 días	1,82	6%	5	0,30	
					<b>100%</b>		<b>3,78</b>	

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

<https://drive.google.com/drive/folders/1zqLY-nmU4uQgxnVn28qR15-xbIgLm3K?usp=sharing>

Cordialmente,



**DIEGO ALEJANDRO GARCÍA LONDOÑO**  
Gerente

Proyecto: Jhojan Andrés Sánchez Ruiz – Referente Planeación.

