

PLAN DE GESTION VIGENCIA 2025

**“EL SERVICIO DE SALUD ES NUESTRA PASION, LA CALIDAD
NUESTRO COMPROMISO”**



DR. CARLOS ALBERTO MANTILLA MORENO
Gerente

INFORME DE GESTION AÑO 2025

OBJETIVO

Direccionar las acciones de la ESE Hospital de La Vega que participa en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población del Municipio de La Vega y Nocaima, a partir del cumplimiento de los indicadores del Plan de Gestión de Gerente para la vigencia 2023; según lo contemplado en las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018.

En el presente informe se despliegan cada uno de los indicadores y estándares por área de gestión, con su respectiva línea base de la vigencia anterior, la fórmula del indicador, resultado de la evaluación y las acciones desarrolladas para el cumplimiento del indicador, los logros, las dificultades y las evidencias que respaldan el resultado de acuerdo con lo estipulado en la resolución 408 de 2018.

A continuación, se presenta el informe anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión de Gerente 2024, el cual contiene los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la E.S.E., así como el análisis comparativo con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados incluidos en el Plan de Gestión 2024-2027.

De acuerdo con Resolución 408 de 2018, Artículo 2, La evaluación del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, que debe presentar el Directo o Gerente, a más tardar el 1 de abril de cada año, deberá realizarse sobre los resultados obtenidos entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior.

Si el director o Gerente no desempeño en la totalidad de la vigencia a que refiere este artículo, no se realizara evaluación del plan de gestión, respecto a dicha vigencia.

Sin embargo, se hace indispensable para la gerencia del Hospital obtener la línea base con la cual se va a calificar la vigencia **2025**, además de dar a conocer el estado actual y los resultados a la Junta Directiva.

INDICADORES DE DIRECCION Y GERENCIA

INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS SIN AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR	LINEA BASE 2024: 1.58
FORMULA DEL INDICADOR: Indicador nominal $2.11/1.58=1.33$ Autoevaluación completa en la vigencia evaluada	
RESULTADO INDICADOR AÑO 2025: 1.33	

1. ACCIONES DESARROLLADAS:

ESE Hospital de La Vega adelantó ciclo de Acreditación en diciembre de 2025, se realizó la autoevaluación de acreditación de acuerdo con los estándares contemplados en la Resolución 0123 de 2.013, con una calificación de **2.11**

Por lo anterior, se suscribió la intención de la gerencia por alcanzar estándares superiores de calidad de la mano con la habilitación de las sedes de la ESE, se conformaron los grupos primarios de mejoramiento y se adelantaron las respectivas autoevaluaciones con las acciones de mejoramiento, que pudieran guiar a la institución a cumplir con los criterios establecidos en cada uno de los estándares en beneficio de la comunidad de La Vega y Nocaima

Tabla No. 1 Calificación autoevaluación estándares de Acreditación 2025

Grupo de Estándares	Fecha		Resultado por	2024	2025
	Fecha	Fecha			
Proceso de Atención cliente	1/12/2025	27/12/2025	1,5	1,4	2,13
Direccionamiento	1/12/2025	27/12/2025	1,2	1	1,00
Gerencia	1/12/2025	27/12/2025	1,8	1,47	2,05
Gerencia del Talento Humano	1/12/2025	27/12/2025	1,8	1,53	2,50
Gerencia del Ambiente Físico	1/12/2025	27/12/2025	1,8	1,55	2,30
Gestión de la Tecnología	1/12/2025	27/12/2025	1,9	2,29	2,40
Gerencia de la Información	1/12/2025	27/12/2025	2	1,83	2,30
Mejoramiento de la Calidad	1/12/2025	27/12/2025	2,1	1,6	2,20
RESULTADO GENERAL	1/12/2025	27/12/2025	1,7	1,58	2,11
					1,3326493

Transversal. 3° #10-50 La Vega-Cundinamarca. Carrera. 5° #9-21 y Carrera. 6° #9-18 / 24 Nocaima-Cundinamarca.
www.eselavega-cundinamarca.gov.co, notificacionesjudiciales@eselavega-cundinamarca.gov.co

2. LOGROS

- Construcción participativa de los planes de mejora para el cumplimiento de los estándares de Acreditación.
- Conformación del equipo líder de acreditación institucional.
- Construcción e implementación de los Programas de Seguridad y Humanización como ejes principales y el motor de nuestra plataforma estratégica.
- Concientización del personal sobre la necesidad de alcanzar mayores estándares de calidad en beneficio de la comunidad.

3. DIFICULTADES

No se cuenta con los recursos suficientes para lograr un ambiente físico y tecnología necesaria de acuerdo con lo contemplado en el Sistema único de Acreditación.

El estándar de direccionamiento no pudo ser evaluado pues no se tuvo continuidad de los miembros de la Junta Directiva.

4. EVIDENCIAS Y SOPORTES

Documento de autoevaluación de la vigencia evaluada 2025.

INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	LINEA BASE 2024: 96%
FORMULA DEL INDICADOR: APLICACIÓN DE LA FORMULA DEL INDICADOR: Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC $16/16=1.0$ Resultado de cumplimiento del PAMEC:	
RESULTADO INDICADOR AÑO 2025: 100%	

REGION DE SALUD: Noroccidente	
MUNICIPIO - ESE: Hospital de la Vega	
DESCRIPCION	VALOR
Estándares de calidad esperados alcanzados	16
Estándares de calidad esperados Programados	16
Proporción de efectividad del PAMEC = Estándares de calidad esperados alcanzados/Estándares de calidad esperados formulados x 100	100%

1. ACCIONES DESARROLLADAS:

Se verifico el seguimiento realizado al Plan de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad (PAMEC) realizado en la vigencia 2025 se tuvo en cuenta los lineamientos básicos que involucran los procesos que de acuerdo con la Circular 012 de 2016 – de la Súper Intendencia Nacional de Salud y lo contemplado en el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se realizo la auditoría para cada uno de los procesos de:

- Seguridad del paciente
- Gestión del riesgo
- Sistema de información
- Sistema único de habilitación
- Selección de los procesos a mejorar, con base en el resultado de la autoevaluación de acreditación, así como los procesos institucionales caracterizados.
- Priorización los procesos a intervenir acorde al mapa de procesos institucional.
- Definición con los grupos y líderes de procesos la calidad esperada, estableciendo la forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos.
- Se estableció por cada oportunidad de mejora los indicadores que permitan ver como la ESE avanza de manera firme hacia el logro del objetivo del estándar, dentro de estos indicadores se establecen las **metas** que se convierten en referentes a alcanzar.
- Realización la medición de las Oportunidades de Mejora priorizadas y se identificó la brecha existente **entre lo esperado y lo observado** a través de:

- ✓ Comités
- ✓ Indicadores
- ✓ Paciente y sistemas trazadores
- ✓ Auditorías internas
- ✓ Indicadores de adherencia

- Formulación de los métodos y estrategias que se utilizaron para dar cumplimiento a la Oportunidad de Mejora priorizada y que a su vez serán el insumo para la calidad esperada (criterios y estándares de calidad a través de los que se medirá el desempeño de los estándares priorizados).
- Verificar o hacer seguimiento permanente y actuar correctivamente en tiempo real, es decir, que tan pronto sea detectado un problema, se identifiquen las causas y se busquen soluciones oportunas.
- Estandarización y entrenamiento del talento humano con base en las acciones de mejora implementadas y probadas (planear). Se presentarán herramientas de capacitación, entrenamiento y despliegue de la calidad en equipo, para obtener una visión compartida.
- Monitoreo, validación y reporte de las acciones de mejora en las fechas establecidas a la superintendencia nacional de salud (circular 012).

2. LOGROS

- Se fortalecieron los puntos de control a las actividades planeadas en cada uno de los procesos que generaron riesgos en la prestación de los servicios de salud.
- Se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento definidos de acuerdo con las auditorías realizadas por parte de la oficina de calidad y planeación.
- Cumplimiento en la entrega de informes oportunamente a la Superintendencia Nacional de Salud.
- Verificación del PAMEC en conjunto con el profesional de auditoría de la Secretaria de Salud de Cundinamarca.

3. DIFICULTADES

Falta una mayor receptividad por parte de los funcionarios de la ESE Hospital para con el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC.

4. EVIDENCIAS Y SOPORTES

Reporte Superintendencia Nacional de Salud Indicador 02 y 10 del 2024, página 22

900807482	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	1,00	NO CUMPLE
900958564	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,98	NO CUMPLE
900959048	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	1,00	NO CUMPLE
900959051	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,94	NO CUMPLE
900971006	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,94	NO CUMPLE
901108114	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	0,56	NO CUMPLE
901440000	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,59	NO CUMPLE
901536799	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,77	NO CUMPLE
901665624	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,92	CUMPLE
901700170	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	NO REPORTÓ AT	NO CUMPLE
901911030	Grupo D3	Julio de 2025	No tiene clasificad	NO APLICA	NO CUMPLE

INDICADOR 3: GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	LINEA BASE 2024: 0.75%
---	-------------------------------

FORMULA DEL INDICADOR:

Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación / Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de la evaluación (se tiene en cuenta I y II semestre)

$$35/43 = 81.40$$

RESULTADO INDICADOR AÑO 2025: 81.40%

1. ACCIONES DESARROLLADAS:

Se realizó el Seguimiento al Plan de Operativo anual 2025 de la E.S.E. Hospital de La Vega obteniendo un promedio de la ejecución de metas (81.40%).

Se realizó la consolidación de todas las bases de datos de crónicos, gestantes, y odontología para poder tener la trazabilidad de cada paciente.

Se realizaron mesas de trabajo con cada líder para establecer planes de acción individuales que le apuntaran al cumplimiento de cada meta.

PROCESO	PESO %	METAS DE PRODUCTO	PONDERADO 2025	EJECUTADAS 100%	% EJECUTADO
Direccionamiento	15,00%	6	13,00%	5	83%
Misional	60,00%	24	52,00%	21	88%
Apoyo	15,00%	9	15,00%	9	100%
Evaluación	10,00%	4	0,00%	0	0,00%
TOTAL	100%	43	80,00%	35	81,40%

2. LOGROS

De acuerdo con las metas productos descritos anteriormente se obtuvo:

- Identificación del índice COP unido a la concientización de los menores y cuidadores sobre las necesidades de hábitos de higiene oral saludables.
- Fortalecimiento de la Estrategia Maternidad Segura.
- Realización de un simulacro de emergencias y desastres intrahospitalario y certificado.
- Cumplimiento de la captación temprana de gestantes y crónicos los programas institucionales.

3. DIFICULTADES

No fue fácil el acceso a los diferentes grupos de atención, los usuarios dejaron de asistir regularmente a las citas de control y exámenes de rutina, por lo cual esas metas de PyD se replantearon.

Seguimiento a Crónicos insuficiente debido a la población que venía sin caracterización de la EPS Famisanar.

4. EVIDENCIAS Y SOPORTES

Informe del responsable de planeación de la ESE, con el listado de las metas del Plan Operativo Anual del Plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de la evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador.

INDICADORES AREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	LINEA BASE 2024: SNS
FORMULA DEL INDICADOR: Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	
RESULTADO INDICADOR AÑO 2025: NO APLICA	

INDICADOR 5: EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA	LINEA BASE 2023: 1.09
FORMULA DEL INDICADOR: {(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)}	
$\frac{2025}{2024} = \frac{22388.29}{21145.87} = 1.05$	
RESULTADO INDICADOR AÑO 2024: 0.94	

Fuente: URV -2025- 2024 -2023 (Informe 2193)

1. ACCIONES DESARROLLADAS

El concepto de la UNIDAD DE VALOR RELATIVO (U.V.R.), es establecido por tablas de cálculos originados en el Ministerio de Salud y de la Protección Social. En el resultado del indicador se obtuvo **1.10** que significa que para generar una Unidad Producida se tuvo que comprometer un gasto razonable en la vigencia del 2025 comparada con la vigencia **2024** este indicador presento una baja, teniendo en cuenta que en el presupuesto se incorporaron recursos de inversión.

Se contuvo el gasto

No se incrementaron apropiaciones diferentes a las planeadas en el PAA

2. LOGROS

Durante la vigencia 2025 se contuvo el gasto con respecto al presupuestos de gastos, no de inversiones.

3. DIFICULTADES

No se cuenta con un sistema de costos implementado que permita el control del gasto vs la producción oportunamente

4. EVIDENCIAS Y SOPORTES

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA			
Variable	2023	2024	2025
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,38	1,66	1,71
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,11	1,22	1,38
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,32	1,57	1,46
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	1,02	1,1	1,13
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	23.810,79	26.268,65	23.233,01
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	20.508,56	21.145,87	22.388,29
Gasto de personal por UVR (\$)	13.285,24	13.665,88	15.055,94

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

INDICADOR 6: PROPORCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO -QUIRURGICOS ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: 1. COMPRAS CONJUNTAS. 2. COMPRAS A TRAVES DE COPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO. 3. COMPRAS A TRAVES DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS

**LINEA BASE
2024: 0**

FORMULA DEL INDICADOR:

Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico - quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes 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

Indicador % =	\$ 526.000.000	47,9%
	\$ 1.097.972.585	

El resultado del indicador es **47.9%**

RESULTADO INDICADOR AÑO 2025: 47.9%

1. ACCIONES DESARROLLADAS:

Las compras de medicamentos y material médico – quirúrgico se realizaron a costos competitivos con respecto al mercado garantizando la calidad de los productos y la oportunidad en la entrega.

Se realizaron mesas de trabajo y en equipo de Región para hacer las compras a través de los mecanismos mencionados, esto generó que se pudieran empezar con las compras conjuntas. Y la oportunidad de mejores precios.

2. LOGROS

Se optimizaron los gastos para la adquisición de medicamentos y material médico – quirúrgico de manera transparente de acuerdo con el manual de contratación institucional y con empresas líderes en la venta de este tipo de insumos.

3. DIFICULTADES

No se logró la adquisición del 70% de compras conjuntas, sin embargo se inició con el proceso de las compras conjuntas.

4. EVIDENCIAS Y SOPORTES

Certificación suscrita por el por el Revisor Fiscal de la ESE.

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

**LINEA BASE 2024:
0**

FORMULA DEL 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 salario 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) = 0

RESULTADO INDICADOR AÑO 2025: 0

1. ACCIONES DESARROLLADAS:

Se cumplió con la programación de pagos por concepto de salarios al personal de planta y por concepto de contratación de servicios de manera oportuna.

2. LOGROS

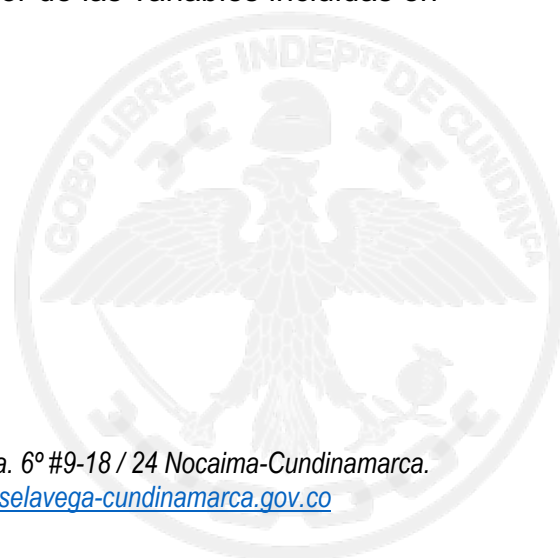
- Se realizaron los pagos dentro de los términos previstos.
- Se mantuvo un buen flujo de caja para poder estar el día los 12 meses por este concepto

3. DIFICULTADES

Falta de soportes para el pago de contratistas o radicación de cuentas extemporánea

4. EVIDENCIAS Y SOPORTES

Certificación suscrita por el Contador, que contiene el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.



**INDICADOR 8: UTILIZACION DE INFORMACION DE
REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS**

**LINEA BASE 2024:
2 INFORMES**

FORMULA DEL INDICADOR:

Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación. 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.

TRES (3) INFORMES

RESULTADO INDICADOR AÑO 2025: 3 INFORMES

1. ACCIONES DESARROLLADAS:

Se presentaron los cuatro informes con el análisis de la prestación de servicios de la E.S.E. Hospital de La Vega tomando como base en el Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS.

2. LOGROS

Análisis de los datos para el mejoramiento en la calidad de la prestación de los servicios de salud en la Institución.

3. DIFICULTADES

Se evidencian inconsistencias en los diagnósticos tomados como causas de consulta.

4. EVIDENCIAS Y SOPORTES

Informe del responsable de Planeación de la ESE, fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis.



**INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL
CON RECAUDO**

**LINEA BASE 2024:
1.22**

FORMULA DEL INDICADOR:

Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de la evaluación (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de cuentas por pagar de vigencias anteriores)

$$= 1.38$$

RESULTADO INDICADOR AÑO 2025: 1.38

1. ACCIONES DESARROLLADAS

Se aumentaron los recaudos en la vigencia gracias a las múltiples gestiones como acuerdos de pago realizados con las aseguradoras, saneamiento de cartera, conciliación de glosas, entre otros.

2. LOGROS

Se mejoró el recaudo en la vigencia y se optimizaron los gastos comprometidos.

3. DIFICULTADES

Difícil recaudo de empresas liquidadas.

4. EVIDENCIAS Y SOPORTES

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

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA			
Variable	2023	2024	2025
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,38	1,66	1,71
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,11	1,22	1,38
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,32	1,57	1,46
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	1,02	1,1	1,13
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	23.810,79	26.268,65	23.233,01
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	20.508,56	21.145,87	22.388,29
Gasto de personal por UVR (\$)	13.285,24	13.665,88	15.055,94

INDICADOR 10: OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR UNICA

LINEA BASE 2024:
NO Cumplimiento dentro de los términos previstos

FORMULA DEL INDICADOR:

NO Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente

RESULTADO INDICADOR AÑO 2025: NO CUMPLE

1. ACCIONES DESARROLLADAS:

Se llevan mensualmente los datos consolidados para ser reportados en archivos planos para ser cargados y validados en la plataforma de la página WEB de la Superintendencia Nacional de Salud.

2. LOGROS

Seguimiento y análisis de los datos, sin embargo, no se logró el reporte oportuno de todos los informes contemplados en circular.

3. DIFICULTADES

Se presenta dificultad para el cargue de los archivos y el cambio de clasificación genero desconocimiento.

4. EVIDENCIAS Y SOPORTES

Informe Cumplimiento dentro de los términos - Superintendencia Nacional de Salud 2024

900807482	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	1,00	NO CUMPLE
900958564	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,98	NO CUMPLE
900959048	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	1,00	NO CUMPLE
900959051	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,94	NO CUMPLE
900971006	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,94	NO CUMPLE
901108114	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	0,56	NO CUMPLE
901440000	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,59	NO CUMPLE
901536799	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,77	NO CUMPLE
901665624	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,92	CUMPLE
901700170	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	NO REPORTÓ AT	NO CUMPLE
901911030	Grupo D3	Julio de 2025	No tiene clasificac	NO APLICA	NO CUMPLE

INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016 - DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA

LINEA BASE 2024:
Cumplimiento dentro de los términos previstos

FORMULA DEL INDICADOR: Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente

RESULTADO INDICADOR AÑO 2025: Cumplimiento dentro de los términos previstos

1. ACCIONES DESARROLLADAS:

Se llevan mensualmente los datos consolidados para ser reportados en archivos planos para ser cargados y validados en la plataforma de la página WEB del Ministerio de Salud y Protección Social.

2. LOGROS

Seguimiento y análisis de los datos reportados de manera oportuna y confiable.

3. DIFICULTADES

Se presenta dificultad para el cargue de los archivos.

4. EVIDENCIAS Y SOPORTES

Cumplimiento dentro de los términos – Ministerio de Salud y la Protección Social. Pagina 23

Cundinamarca	LA MESA	E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ	2	15/05/2025 Oportuno	13/08/2025 Oportuno	02/12/2025 Oportuno	28/02/2026 Oportuno	Cumple
Cundinamarca	LA PALMA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE	1	21/05/2025 Oportuno	13/08/2025 Oportuno	04/12/2025 Oportuno	04/03/2026 Oportuno	Cumple
Cundinamarca	LA VEGA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA	1	15/05/2025 Oportuno	20/08/2025 Oportuno	05/12/2025 Oportuno	06/03/2026 Oportuno	Cumple
Cundinamarca	MADRID	E.S.E. HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID	1	26/05/2025 Oportuno	20/08/2025 Oportuno	04/12/2025 Oportuno	05/03/2026 Oportuno	Cumple
Cundinamarca	MEDINA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD MEDINA	1	26/05/2025 Oportuno	19/08/2025 Oportuno	03/12/2025 Oportuno	06/03/2026 Oportuno	Cumple
Cundinamarca	MOSQUERA	HOSPITAL MARIA AUXILIADORA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA	1	30/05/2025 Oportuno	27/08/2025 Oportuno	05/12/2025 Oportuno	06/03/2026 Oportuno	Cumple
Cundinamarca	NEMOCÓN	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON	1	14/05/2025 Oportuno	12/08/2025 Oportuno	02/12/2025 Oportuno	05/03/2026 Oportuno	Cumple

Fuente: Informe 2193

INDICADORES AREA DE GESTIÓN CLINICA ASISTENCIAL

INDICADOR 21: PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN	LINEA BASE 2024: 0.86%
--	-------------------------------

FORMULA DEL INDICADOR:

Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación

I SEMESTRE 56/65 = 86%

III TRIMESTRE 21/24 = 88%

IV TRIMESTRE 44/53 = 83%

TOTAL 121/142 = 85.2%

RESULTADO INDICADOR AÑO 2025: 0.85

1. ACCIONES DESARROLLADAS:

Para el año 2025 la E.S.E. Hospital de La Vega desarrolló acciones tendientes a la captación temprana de las mujeres gestantes entre las cuales se destacan:

- Captación de mujeres al programa de Salud Sexual y reproductiva.
- Toma de prueba de embarazo a todas las mujeres en edad fértil con sospecha de embarazo.
- Barrido territorial en el casco urbano y rural con el apoyo de las Gestoras de Bienestar
- Se realizó seguimiento al 100% de las pruebas de embarazo tomando acciones en los resultados positivos y negativos.

2. LOGROS

- a. Captación de maternas antes de la semana 12 de gestación gracias al seguimiento realizado.
- b. Durante el año 2023 no se presentaron eventos de mortalidad materna y perinatal la cual afecta directamente la captación tardía de las gestantes.
- c. Se cuenta con un grupo de gestoras de salud que van de casa en casa y uno de los fines es el de identificar posibles casos de embarazo.

3. DIFICULTADES

- Mayor compromiso de todas las autoridades municipales responsables con el tema de salud materno - perinatal.

- Embarazo a temprana edad que hacen que se oculten tanto en el ámbito familiar como escolar.

4. EVIDENCIAS Y SOPORTES

Informe comité de Historias Clínicas que contiene: Listado con la totalidad de mujeres gestantes identificadas por la ESE en la vigencia objeto de evaluación que indica si se inscribió o no en el programa de control prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por médico; aplicación de la fórmula del indicador.

Base de datos gestantes

INDICADOR 22: INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	LINEA BASE 2024: 0
FORMULA DEL INDICADOR: Número de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	
RESULTADO INDICADOR AÑO 2025: 0	

1. ACCIONES DESARROLLADAS:

Se realizan acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a todas las maternas con el fin de detectar cualquier irregularidad en su estado de salud, en especial todo lo que tiene que ver con este tipo de enfermedades.

2. LOGROS

No se presentaron casos positivos de sífilis congénita y/o gestacional en la institución.

3. DIFICULTADES

Las gestantes no acuden a los controles prenatales programados.

4. EVIDENCIAS Y SOPORTES

Concepto del COVE municipal que certifica la no existencia de casos.

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

**LINEA BASE 2024:
97.2%**

FORMULA DEL INDICADOR:

Número 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.

I SEMESTRE 121/132 = 92%

III TRIMESTRE 62/68 = 91%

IV TRIMESTRE 62/67 = 93%

TOTAL 245/267= 0.917%

RESULTADO INDICADOR AÑO 2025: 91.7%

1. ACCIONES DESARROLLADAS:

Se realizó en conjunto con los líderes asistenciales del programa de crónicos, la revisión de las historias clínicas para obtener la muestra y que cumpla con los criterios de inclusión para el estudio.

Dentro del lineamiento institucional, se aplicó el instrumento disponible para evaluación de Adherencia a Guías; éste incorpora varios aspectos de la calidad del registro clínico y consecuentemente de la atención.

2. LOGROS

Con los resultados obtenidos se implementó el seguimiento a la adherencia en la aplicación de la guía para el manejo de la patología de la hipertensión arterial que permita identificar debilidades en la atención para establecer estrategias en pro de la mejora, la periodicidad de los seguimientos y, de manera particular, el construir planes de mejora por proceso e individuales que contribuya al mejoramiento continuo en la atención con calidad.

3. DIFICULTADES

Inasistencia de los pacientes crónicos a los programas de hipertensión arterial.

4. EVIDENCIAS Y SOPORTES

Informe comité de Historias Clínicas que contiene: Referencia al acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.

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

**LINEA BASE 2024:
0,88**

FORMULA DEL INDICADOR:

Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en la vigencia objeto de evaluación / Número de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de Crecimiento y Desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.

I SEMESTRE 112/124 =90.3%

III TRIMESTRE 58/68 = 85.3%

IV TRIMESTRE 59/67 = 89.4%

TOTAL 229/259 = 0.88

RESULTADO INDICADOR AÑO 2024: 88.4%

1. ACCIONES DESARROLLADAS:

Se realizó análisis retrospectivo del 2024 correspondiente a las Historias Clínicas de Crecimiento y Desarrollo. Se auditó un total **259** Historias Clínicas diligenciadas en consulta externa, por medicina y por enfermería, en la ESE Hospital de La Vega.

Se elaboró lista de chequeo, para la evaluación de adherencia a la guía de atención de crecimiento y desarrollo.

2. LOGROS

Elaboración de plan de mejoramiento que asegure la adherencia de la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años en el servicio de consulta externa en un 100%.

3. DIFICULTADES

Se debe fortalecer el registro de actividades de remisión a otros programas, servicios o niveles para el menor, por parte del profesional que realiza la atención, así como la demanda inducida realizada a los demás programas de promoción y prevención que aplican al grupo poblacional menor de 10 años.

4. EVIDENCIAS Y SOPORTES

Informe comité de Historias Clínicas que contiene: Referencia al acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.

INDICADOR 25: REINGRESOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS	LINEA BASE 2024: 0.019
--	-------------------------------

FORMULA DEL INDICADOR:

Número de consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas que hace parte de la muestra representativa / Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa: **0.001**

RESULTADO INDICADOR AÑO 2025: 0.001

1. ACCIONES DESARROLLADAS:

Verificación en el proceso de admisiones en el servicio de urgencia, se evaluó el proceso de triage de la E.S.E. Hospital con los registros que arroja el sistema se tomó la base de datos de cada mes, se realizó búsqueda de re-consulta al servicio de urgencias por la misma causa después de 24 horas y antes de las 72 horas.

2. LOGROS

Este indicador permite evaluar la resolutiveidad, calidad en la prestación del servicio de urgencias, la adherencia a las guías y protocolos de manejo de las patologías básicas de este servicio, así como a los tratamientos instaurados.

3. DIFICULTADES

Dentro de las causas de reingreso se encuentran: paciente no cumple con las indicaciones médicas, insuficientes recomendaciones o estas no son claras por parte de los profesionales que los atienden.

4. EVIDENCIAS Y SOPORTES

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

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016)

Variable	2023	2024	2025
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	6,549	7,4	6,493
Razón Pacientes remitidas para atencion de parto por partos atendidos	7,933	5,727	2,467
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	0,2	1,904	0,136
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,002	0,019	0,001
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	2,525	1,913	2,161
Tiempo promedio de espera para la			

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

LINEA BASE 2024: 1.913

FORMULA DEL INDICADOR:

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, e la vigencia objeto de evaluación / Número total citas de medicina general de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación: **2.161**

RESULTADO INDICADOR AÑO 2025: 2.161 días

1. ACCIONES DESARROLLADAS

Se aumentaron las agendas para consulta de medicina general y contratación de personal para la atención oportuna.

Se adquirió software

2. LOGROS

Se mantuvo por debajo de lo establecido de menos de tres (3) días.

3. DIFICULTADES

Inasistencia de los usuarios a las citas asignadas.

4. EVIDENCIAS Y SOPORTES

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

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016)

Variable	2023	2024	2025
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	6,549	7,4	6,493
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	7,933	5,727	2,467
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	0,2	1,904	0,136
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,002	0,019	0,001
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	2,525	1,913	2,161
Tiempo promedio de espera para la	- - - -	- - - -	- - - -

Cordialmente



CARLOS ALBERTO MANTILLA MORENO

Gerente

Elaboro: Alexandra Sánchez Plazas-Asesor planeación

Transversal. 3° #10-50 La Vega-Cundinamarca. Carrera. 5° #9-21 y Carrera. 6° #9-18 / 24 Nocaima-Cundinamarca.

www.eselavega-cundinamarca.gov.co, notificacionesjudiciales@eselavega-cundinamarca.gov.co