INFORME GERENCIAL

EVALUACION PLAN DE GESTION INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

MUNICIPIO DE CALDAS

JUAN CARLOS SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

GERENTE

1. INTRODUCCIÓN

Dando cumplimiento al artículo 20 de Ley 1797 de 2016, los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados por el Jefe de la respectiva Entidad Territorial.

El Plan de Gestión es una de las principales herramientas y marco de acción de la Gerencia de la E.S.E Hospital San Vicente de Paul de Caldas – Antioquia, para el periodo 2025. En él se consolidan los compromisos que la Gerencia acuerda con la Junta Directiva de la E.S.E y se plasman las metas de gestión y resultados; relacionados con la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

El ejercicio evaluativo del Plan de Gestión de cada Empresa Social de Estado del nivel territorial es el mecanismo legalmente establecido que permite valorar los resultados alcanzados por el Gerente como máximo responsable de su ejecución y, con esa base, determinar su continuidad o retiro del cargo.

El presente **Informe de Gestión** de la E.S.E Hospital San Vicente de Paul de Caldas-Antioquia, basado en la **Resolución 408 de 2018**, la cual tiene como finalidad presentar de manera detallada los 20 indicadores, actividades y sus resultados obtenidos durante el período comprendido del año 2025. Este documento constituye una herramienta fundamental para evaluar el desempeño institucional, tanto en el ámbito asistencial como en el administrativo y financiero, permitiendo identificar avances significativos y áreas de mejora.

2. METODOLOGÍA

Para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del Orden Territorial y su Evaluación por parte de la Junta Directiva, contenida en la Resolución 710 de 2012, la Resolución 743 de 2013 y la Resolución 408 del 2018, enfatiza en la reorientación de las acciones de estas entidades para que se concentren en la solución de las necesidades en salud de la población con seguridad y altos estándares de calidad en la prestación de los servicios. Se debe garantizar por parte del Gerente y de la Junta Directiva de cada E.S.E, la sostenibilidad

financiera; así mismo, debe fortalecerse la gestión humana y el sistema de información, a la vez que se desarrollen más y mejores servicios. Mención especial merece la tarea de recuperar la confianza en los hospitales públicos, para lo cual un instrumento que se incluye en la metodología es la compra de insumos hospitalarios a través de mecanismos que privilegien la transparencia en las adquisiciones.

Es válido también anotar que los soportes que se anexan y hacen parte integral de este informe del Plan de Gestión, fueron generados bajo los parámetros definidos en las normas anteriormente citadas y emanadas por el Ministerio Nacional de Salud, lo anterior permitirá generar una mejor comprensión en la información suministrada, así como un mejor desempeño en el análisis de los indicadores por parte de los miembros de la Honorable Junta Directiva.

Con el fin de contribuir al cumplimiento de las Políticas Nacionales en salud basadas en la Oportunidad, Accesibilidad, Calidad y Eficiencia en la prestación de los servicios de salud, se presentó el Plan de Gestión para la E.S.E Hospital San Vicente de Paul de Caldas – Antioquia, para el periodo 2025, ante los Miembros de la Junta Directiva de la Entidad, el cual fue aprobado en los términos establecidos en el Artículo 73 de la Ley 1438 de 2011.

3. MARCO NORMATIVO DEL INFORME

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones: Artículo 2°: Resultados en salud: "Respecto de las Empresas Sociales del Estado E.S.E, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo".

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En su Artículo 72: estableció que la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial, debe aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual fuera designado y sobre el que debería ser evaluado. Artículo 73: Establece

el procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

Artículo 74: Establece la evaluación del Plan de Gestión del director o gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

Resolución 710 de 2012 Ministerio de Salud y Protección Social**.** Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva y se dictan otras disposiciones.

Resolución 743 de 2013 Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

Ley 1751 del 16 de febrero de 2015 (ley estatutaria), la cual habla en su artículo segundo, El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Ley 1797 de 2016: Nombramiento de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados por el Jefe de la respectiva Entidad Territorial. En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el Presidente de la República, a los Gobernadores y los Alcaldes, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente artículo, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que

señale el Departamento Administrativo de la Función Pública. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, del Gobernador o del Alcalde. Dentro de dicho periodo, solo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial.

Resolución 408 de febrero 15 de 2018 y anexos 1, 2 y 3, por medio de la cual se modifica los anexos de la resolución 743 de 2013.

Resolución 1097 de 2018. Por medio de la cual se corrige la Resolución 408 de 2018.

4. PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. AREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%

Esta área está compuesta por tres (3) indicadores así:

INDICADOR No.1: Mejoramiento Continuo de Calidad Aplicable a Entidades No Acreditadas, con Autoevaluación en la Vigencia Anterior.

Mejoramiento Continuo de Calidad Aplicable a Entidades No Acreditadas con Autoevaluación en la Vigencia Anterior		
Numerador	Promedio de la Calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada (2024)	2.69
Denominador	Promedio de la Calificación de autoevaluación en la vigencia anterior (2023)	2.38
Resultado del indicador		1.13
Resultado		3

***Fuente Información**: Documento de Autoevaluación 2025*

Análisis del resultado del indicador

Durante el primer trimestre de la vigencia 2025 se dio inicio formal al proceso de Autoevaluación de los Estándares de Acreditación, en el marco de lo dispuesto por la **Resolución 5095 de 2018**, mediante la cual se adopta el Manual de Acreditación en

Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, versión 3.1, como componente fundamental del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC). Este ejercicio se desarrolló como una actividad estratégica orientada a evaluar de manera sistemática el nivel de cumplimiento institucional frente a los estándares de calidad exigidos, así como a identificar brechas, oportunidades de mejora y fortalezas en los procesos asistenciales y administrativos.

De manera simultánea, se llevaron a cabo las actividades previas de planeación y socialización de la Ruta Crítica del PAMEC, dirigidas al personal médico, de enfermería y a los integrantes de los equipos interdisciplinarios responsables del proceso de Autoevaluación, así como a los miembros del Comité PAMEC. Estas actividades permitieron garantizar la apropiación conceptual y metodológica del modelo de acreditación, promover la participación de los diferentes actores institucionales y fortalecer la cultura de la calidad y la mejora continua en la organización

Basado en lo anterior, la calificación para este Indicador es de **3,** según lo establecido en el Anexo técnico 3 de la **Resolución 408 de 2018**, al presentar un resultado entre 1,11 y 1,19 como resultado de la comparación de las vigencias 2023 y 2024.

Como resultado de la Autoevaluación cuantitativa de los Estándares de Acreditación correspondiente a la **vigencia evaluada 2024** (realizada en el año 2025), durante la vigencia 2024 se obtuvo una calificación promedio de **2,69** sobre **5**. Este resultado evidencia un avance significativo en comparación con la Autoevaluación realizada en el **año 2024**, correspondiente a la vigencia evaluada 2023, en la cual se alcanzó un **puntaje de 2,38**, lo que refleja una tendencia positiva en el nivel de madurez del Sistema de Gestión de la Calidad y en la implementación progresiva de los estándares de acreditación institucional.

De conformidad con lo establecido en el **Anexo Técnico No. 3 – Instructivo para la Calificación, de la Resolución No. 408**, mediante la cual se evalúa la gestión de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, y específicamente según el Indicador No. 1: "Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia evaluada / Promedio de la autoevaluación de la vigencia anterior", el resultado obtenido para el periodo evaluado corresponde a **1,13**. En consecuencia, y de acuerdo con los rangos de calificación definidos en dicho anexo, el **resultado del indicador de gestión es de 3**, evidenciando el cumplimiento de los criterios establecidos y el impacto positivo de las acciones adelantadas en el marco del PAMEC.

A continuación, se relacionan los resultados de la Autoevaluación para cada vigencia y con el promedio para cada uno de los estándares:

TABLA DE CALIFICACION GENERAL DE LA AUTOEVALUACION										
Grupo de Estandar	Autoevaluacion de acreditacion según Resolucion 5095 de 2018									
	N° de estandares por grupo	Estandares evaluados	Calificacion promedio 2018	Calificacion promedio 2019 (2)	Calificacion promedio 2020	Calificacion promedio 2021 (vigencia 2020)	Calificacion promedio 2022 (vigencia 2021)	Calificacion promedio 2023 (vigencia 2022)	Calificacion promedio 2024 (vigencia 2023)	Calificacion promedio 2025 (vigencia 2024)
Asistenciales	75	73	2,68	3		1,58	1,81	2,07	2,45	2,67
Direccionamiento	13	13	2,92	3,12		1,49	1,75	2,38	2,65	2,82
Gerencia	15	15	2,8	2,87		1,50	1,70	2,17	2,27	2,71
Gerencia del Talento Humano	17	17	2,36	3,11		1,38	1,50	1,79	1,94	2,59
Gerencia del Ambiente Fisico	11	11	2,41	2,95		1,61	1,9	2,2	2,3	2,68
Gerencia de la Informacion	14	14	2,32	2,79		1,48	1,76	2,12	2,42	2,65
Gestion Tecnologica	10	10	2,63	2,66		1,20	1,79	2,16	2,31	2,49
Mejoramiento de la Calidad	5	5	2,56	2,7		1,32	1,8	2,6	2,8	3,50
Calificacion			2,62	2,96		1,44	1,75	2,11	2,38	2,69

***Fuente Información**: Documento de Autoevaluación 2025*

Con corte a diciembre 2025, la institución finalizó la vigencia con el seguimiento a las actividades priorizadas de la Ruta Crítica, y con el compromiso de finalizar dichas actividades pendientes para el mes de enero antes de iniciar el nuevo ciclo de autoevaluación de los estándares de acreditación.

Evidencia: Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior firmada por el profesional

Promedio calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada (2024)	2,69	1,13
Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior (2023)	2,38	

Promedio: 1.13 Calificación general 3. Esto debido a que el resultado de la comparación está entre 1,11 y 1,19 (Resolución 408/2018, Anexo Técnico No. 3)

Las autoevaluaciones se encuentran en archivos en medio digital según el Manual de estándares de Acreditación en Salud en la Oficina Asesora de Planeación en el servidor de documentos institucionales de la ESE, y fueron socializadas en el Comité PAMEC.

Atentamente:

JUAN SEBASTIAN OSORIO GONZALEZ
Profesional Universitario Area de la Salud
Oficina Asesora de Planeación

INDICADOR No. 2: Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud.

Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud		
Numerador	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	42
Denominador	Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	45
Resultado	**0,93**	

***Fuente Información**: Superintendencia Nacional de Salud 2025*

Análisis del resultado del indicador

Este indicador corresponde al número de acciones de mejora ejecutadas procedentes de las auditorías internas realizadas sobre el total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia, derivadas de los planes de mejoramiento del componente de auditoría.

En el marco del SOGCS, se han articulado las auditorias desde los diferentes enfoques, asegurando su programación, ejecución, el seguimiento, responsables e implementación de acciones de mejora. Bajo este modelo de planeación del mejoramiento, la E.S.E ha integrado un plan de mejora global que incluye entre otros: los planes de mejoramiento internos como resultado del proceso de ejecución del Programa de Auditoria del PAMEC.

Gracias a las estrategias desarrolladas y al compromiso de cada uno de los líderes de los procesos, en la vigencia 2025, se logró evidenciar la eficacia de las acciones de mejoramiento definidas con un resultado general del **93%** (42 acciones ejecutadas sobre 45 programadas para la vigencia), siendo esto un logro institucional, debido al estricto monitoreo a lo definido en la ruta crítica y el permanente seguimiento y control por parte de las Subgerencias del Hospital y los comités asesores, manteniendo el resultado del indicador en su cumplimiento con respecto a la vigencia anterior, en la cual se obtuvo un 90%.

Con el fin de lograr el resultado esperado, se adelantaron acompañamientos y seguimientos desde la Oficina Asesora de Planeación personalizados con responsables de tareas.

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación del anexo 3 de la resolución 408 de 2018, este equivale a una calificación de **5.**

Evidencia: Informe de la Superintendencia de Salud 2025.

Supersalud

Nit	Clasificación 2025	Fecha de Clasificación 2025	Clasificación 2024	INDICADOR 2	INDICADOR 10
890907215	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	0,93	CUMPLE

Fuente: *Evaluación de Desempeño de Gerentes de las Empresas Sociales del Estado por la Superintendencia Nacional de Salud – 2025*

INDICADOR No. 3: Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional

LINEA ESTRATÉGICA	Actividades Programadas	Actividades Ejecutadas	% cumplimiento
Línea 1 Atención integral, humanizada y digna	48	42	88%
Línea 2 Fortalecimiento de la capacidad financiera	31	25	81%
Línea 3 Operación por resultados	185	177	96%
Línea 4 Gobernabilidad Para El Crecimiento	71	68	96%
TOTAL POA 2025	**335**	**312**	**93%**

Fuente de información: *Informe del responsable de planeación de la E.S.E 2025*

INDICADOR*: 312/335= 93%*

Análisis del resultado del indicador

Mediante Acuerdo 577 de diciembre de 2024, fue aprobado el Plan de Desarrollo 2024 – 2028 **"Gestión Integral y Sostenible: Innovación y Seguridad en Salud para el Futuro"**, para la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl de Caldas, con 4 Líneas Estratégicas y sus objetivos, enfocado en la solución de los principales problemas de salud en la baja y mediana complejidad de la población del Municipio de Caldas – Antioquia y todo el Suroeste Antioqueño.

Igualmente, mediante acuerdo 582 de diciembre de 2024 fue aprobado el POA "Plan Operativo Anual" 2025, el cual tendrá un seguimiento trimestral desde la oficina de planeación de la E.S.E., y mediante el Comité de Gestión y Desempeño.

Finalmente del total de 335 actividades programadas para la vigencia 2025 se cumplieron 312 acorde con el instrumento de seguimiento trimestral del POA 2025, que equivale a un 93%. Asimismo y para efectos de la calificación del Plan de Gestión de la resolución 408 de 2018 y acorde al anexo 3 este indicador cuenta con una calificación de 5, acorde a la meta alcanzada durante el periodo 2025.

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación, este equivaldría a una calificación de **5** de acuerdo con el anexo 3 de la resolución 408 de 2018.

Evidencia: Informe firmado por responsable de Planeación de la E.S.E 2025

4.2. GESTION FINANCIERA Y LOGISTICA 40%

La cual está conformada por ocho (8) indicadores así:

De acuerdo con la situación descrita al inicio de este informe, en el contexto de los indicadores contenido en la Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de febrero de 2018, se pretende llevar a cabo una evaluación objetiva de la gestión gerencial durante el período para el cual ha sido nombrado el Gerente, partiendo como postulado fundamental la calidad y seguridad en la prestación de los servicios a los usuarios, la cual solo se logra con estabilidad financiera que permita garantizar todos los parámetros que intervienen en el proceso de atención, para lo que es necesario destacar los esfuerzos adelantados por el Hospital, y sus equipos de trabajo, con el fin de garantizar una operación corriente y una solvencia eficiente de los costos asociados a la prestación de los servicios de salud.

En este punto se presentarán los resultados de ocho indicadores, relacionados con el desempeño financiero y fiscal de la E.S.E, así como con la generación y reporte oportuno de información a los diferentes Entes de Control.

INDICADOR No. 4: Riesgo Fiscal y Financiero

Riesgo Fiscal y Financiero	
Formula Indicador	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero

Análisis del resultado del indicador

Desde el año 2017, la E.S.E Hospital San Vicente de Paul de Caldas – Antioquia se encuentra categorizada Sin Riesgo Fiscal y Financiero de acuerdo con lo indicado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la página del SIHO. Para las vigencias 2020, 2021 y 2022 no se aplicó la categorización, acorde con la Resolución 856 de 2020 vigente hasta junio de 2022, por motivos de la emergencia sanitaria. Para la vigencia 2025 con base en la información del 2024, el Ministerio califica a la E.S.E **SIN RIESGO**, por tanto no aplica para el Hospital el cálculo| de este indicador.

Evidencia: Ficha técnica de la página Web del SIHO Decreto 2193 de 2004.

FICHA TÉCNICA

0512902146 - ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE CALDAS - (ANTIOQUIA)

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

***Fuente de información**: Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social 2025*

INDICADOR No. 5: Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativa Producida

Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida.		
Numerador	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de evaluación) /Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación	19.055,06
Denominador	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicio comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)]	19.938,18
Resultado	105	

***Fuente de información**: Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social 2025*

Análisis del resultado del indicador

Este indicador es calculado a partir de la información reportada al Ministerio de Salud y Protección Social y publicada por ellos conforme el Decreto 2193 del 2004, el cual mide la variación de los gastos entre periodos respecto a las unidades de producción. Las unidades de producción son las actividades asistenciales determinadas por el Ministerio, que realizan las E.S.E y que, conforme al nivel de complejidad de la institución, se les asigna un peso porcentual especifico, las cuales sumadas establecen la producción equivalente (UVR).

El resultado se debe a que La variación de los gastos con respecto a las actividades asistenciales por unidad de producción se aumentaron, comparado con la vigencia 2024, esto debido al incremento en la facturación de servicios prestados.

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación, este equivaldría a una calificación de **1** de acuerdo con el anexo 3 de la resolución 408 de 2018.

Evidencia:

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA Variable	2025
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,16
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,82
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,18
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,78
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR ($)	20.697,31
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR $ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	19.938,18
Gasto de personal por UVR ($)	12.164,1

Ficha técnica de la página Web del SIHO Decreto 2193 de 2004

INDICADOR No. 6: Proporción de Medicamentos y Material Médico - Quirúrgico Adquiridos Mediante Mecanismos de Compras Conjuntas, A Través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado Y/O Mecanismos Electrónicos

Proporción de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico Adquiridos Mediante Mecanismos: A. Compras Conjuntas, B. Compras A Través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. C. Compras A Través de Mecanismos Electrónicos		
Numerador	Valor total Adquisiciones de medicamentos y Material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) A través de Cooperativas de ESE (c) Mecanismos electrónicos	$ 3.916.525.815
Denominador	Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material MQ en la vigencia evaluada	$ 3.916.525.815
Resultado	100%	

***Fuente de información**: Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de Control Interno de la E.S.E.2025*

Análisis del resultado del indicador

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación, este equivaldría a una calificación de **5,** lo cual muestra un comportamiento de compra acorde a lo establecido

por la normatividad actual, realizando las compras a través de las Cooperativas establecidas y mecanismos electrónicos.

La entidad desde la vigencia 2020 se suscribió a una plataforma de compra electrónica donde se cotizan los productos a comprar y todos los proveedores envían propuestas; esta modalidad de compras sigue vigente para 2025. Por otro lado, durante la vigencia 2025 se adquieren los medicamentos a través de la Cooperativa de Hospitales – COHAN con lo cual muestra transparencia en la adquisición de los medicamentos y material médico quirúrgico a pesar del desabastecimiento y el incremento de los costos por el alza en tasa de cambio.

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación, este equivaldría a una calificación de **5** de acuerdo con el anexo 3 de la resolución 408 de 2018.

Evidencia: Certificación suscrita por el Revisor Fiscal de relación de compras durante la vigencia 2025.

E.S.E
Hospital
San Vicente de Paúl
Caldas - Antioquia

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

CE 140-202600203

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE (LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE CALDAS ANTIOQUIA)

Que el valor total de las adquisiciones de Medicamentos y material médico quirúrgico en vigencia 2025 fue de $3.916.525.815

Que la ESE San Vicente de Paul de Caldas realizó compras por la suma de $3.421.731.396 a la Cooperativa de Hospitales de Antioquia COHAN de la cual la ESE es asociada.

La diferencia la suma de $494.794.419 se adquirió a través de la plataforma electrónica OKASYSTEM.

VARIABLE		AÑO 2025	RESULTADO
NUMERADOR	Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material medico quirurgico realizadas en la vigencia evaluada mediante compras a traves de cooperativas de ESE, compras a traves de mecanismos electronicos	$ 3.916.525.815	1
DENOMINADOR	Valor total de las adquisiciones de la ESE por medicamento y material medico quirurgico en la vigencia evaluada	$ 3.916.525.815	

Dada en la ciudad de Caldas Antioquia a los (11) días del mes de marzo de (2026)

HERNAN MORA MARTINEZ
Revisor Fiscal
T.P. 24697

INDICADOR No. 7: Monto de la Deuda Superior a 30 Días por Concepto de Salarios del Personal de Planta y por Concepto de Contratación de Servicios, y Variación del Monto Frente a la Vigencia Anterior

Monto de la Deuda Superior a 30 Días por Concepto de Salarios del Personal de Planta y por Concepto de Contratación de Servicios, y Variación del Monto Frente a la Vigencia Anterior.		
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 la planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)	0
Resultado	0	

***Fuente de la información**: Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de Control Interno de la E.S.E. 2025*

Análisis del resultado del indicador

La entidad durante las vigencias 2022, 2023, 2024 y 2025 no ha tenido deudas de salarios superior a 30 días, lo cual demuestra el compromiso que desde la Gerencia se tiene con todos sus empleados, realizando los pagos de la nómina de manera puntual. Adicionalmente, los contratos de prestación de servicios también fueron cancelados oportunamente.

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación, este equivaldría a una calificación de **5** de acuerdo con el anexo 3 de la resolución 408 de 2018.

Evidencia:
Certificación suscrita por el Revisor Fiscal por concepto de salarios durante la vigencia 2025.

CE 140-202600199

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE (LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE CALDAS ANTIOQUIA)

Qué, la E.S.E Hospital San Vicente de Paul de Caldas Nit 890.907.215-1 no tiene deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta global y planta temporal, ni por contratación de servicios con corte a diciembre 31 de 2025.

Así mismo no tuvo deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta global y planta temporal, ni por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de 2025.

Dada en la ciudad de Caldas Antioquia a los (10) días del mes de marzo de 2026.

HERNÁN MORA MARTINEZ
Revisor Fiscal
T.P. 24697

INDICADOR No. 8: Utilización e Información de Registro Individual de Prestaciones RIPS

Utilización E Información De Registro Individual De Prestaciones RIPS	
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 de Primer Nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada.
Resultado	5

***Fuente de la información**: Informe del responsable de planeación de la E.S.E o quien haga sus veces.*

Análisis del resultado del indicador

Teniendo en cuenta las disposiciones normativas, se cumplió el indicador No 8 de la resolución 408 de 2018, donde nos indica que si en la vigencia evaluada el gerente de la E.S.E, presenta a junta directiva de la entidad 4 o más informes de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS, y dado que se presentaron 5 informes durante la vigencia 2025, se obtiene una calificación de 5 como indica la resolución.

SESIONES JUNTA DIRECTIVA			
FECHA	**SESIÓN**	**ACTA No**	**CORTE PRESENTACIÓN DE LOS RIPS**
27/02/2025	Ordinaria	2	31 de Diciembre 2024
23/04/2025	Ordinaria	4	30 Marzo de 2025
14/08/2025	Ordinaria	7	30 de Junio 2025
23/10/2025	Ordinaria	9	30 de Septiembre 2025
22/12/2025	Ordinaria	12	31 de Noviembre 2025

En cumplimiento de la Resolución 3374 de 2000, que reglamenta los datos que deben reportar las instituciones prestadoras de servicios de salud sobre los servicios de salud prestados, la ESE genera los Registros Individuales de Prestación de Servicios –RIPS- de todas las actividades de salud prestadas a la población.

Así mismo, los informes basados en RIPS corresponden a un mecanismo esencial para los procesos de radicación de las facturas por concepto de venta de servicios ante los pagadores (EAPB) y de análisis al interior de la institución para el cumplimiento de metas y optimizar recursos.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se considera que el resultado según la escala de calificación equivaldría a una calificación de **5**, lo cual muestra una continua entrega de información a los miembros de Junta Directiva sobre la prestación de los servicios de salud con base en los RIPS, que les permite estar al tanto del comportamiento de la prestación de los servicios.

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación, este equivaldría a una calificación de **5** de acuerdo con el anexo 3 de la resolución 408 de 2018.

Evidencia:
Informe Jefe Oficina Asesora de Planeación 2025.

INDICADOR No. 9: Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo

Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo		
Numerador	Valor de la Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores).	$ 49,563,596.13
Denominador	Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores).	$ 60,189,670.06
Resultado	**0.82**	

***Fuente de información**: Ficha Técnica de la página web del SIHO MINSALUD 2025*

Análisis del resultado del indicador

Debido a que, para prestar los servicios, se debe incurrir en el gasto de manera inmediata, mientras que para obtener los ingresos provenientes de estos servicios (fuente de ingresos de los hospitales), en promedio se obtienen a los 180 o más días posteriores a la radicación de la facturación, adicionalmente las empresas responsables del pago no han evolucionado de la misma manera y las mesas de la circular 30 no han sido efectivas para agilizar el recaudo, que comparado con la vigencia anterior el gasto fue menor y el recaudo mayor y los pagos estaban a 90 días.

Teniendo en cuenta el resultado y según la escala de calificación del anexo 3 de la resolución 408 de 2018, este presenta resultado aceptable con una calificación de **1.**

Evidencia:
Se anexa ficha técnica de la página Web del SIHO Decreto 2193 de 2004.

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA Variable	2025
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,16
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,82
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,18
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,78
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR ($)	20.697,31
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR $ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	19.938,18
Gasto de personal por UVR ($)	12.164,1

***Fuente de información**: Ficha Técnica de la página web del SIHO MINSALUD 2025*

INDICADOR No.10: Oportunidad en la Entrega del Reporte de Información en Cumplimiento de la Circular Única Expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la Norma que la Sustituya

Oportunidad En La Entrega En El Reporte De Información En Cumplimiento De La Circular Única Expedida Por La Supersalud.	
Fórmula del indicador	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente
Resultado periodo evaluado	Cumple

***Fuente de la información**: Superintendencia Nacional de Salud 2025*

Análisis del resultado del indicador

La entidad durante la vigencia 2025 cumplió estrictamente con el envío de la información en cumplimiento de la Circular única de la Supersalud, de los 38 reportes por fechas correspondientes a los indicadores exigidos a los vigilados para este indicador, obteniendo así el resultado CUMPLE.

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación, este equivaldría a una calificación de **5** de acuerdo con el anexo 3 de la resolución 408 de 2018.

Evidencia:
Informe de la Superintendencia de Salud 2025

Nit	Clasificación 2025	Fecha de Clasificación 2025	Clasificación 2024	INDICADOR 2	INDICADOR 10
890907215	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	0,93	CUMPLE

Fuente: *Evaluación de Desempeño de Gerentes de las Empresas Sociales del Estado por la Superintendencia Nacional de Salud – 2025*

INDICADOR No.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.

Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004	
Fórmula del indicador	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.
Resultado periodo evaluado	**5**

Fuente de la información*: Ministerio de Salud y Protección Social 2025*

Análisis del resultado del indicador

El Hospital San Vicente de Paul de Caldas – Antioquia, ha enviado la información del Decreto 2193 de 2004 con oportunidad y bajo los criterios de calidad establecidos para este fin.

La información del Decreto 2193 de 2006 debe ser reportada trimestralmente para los periodos enero a marzo, abril a junio, julio a septiembre y octubre a diciembre, dentro de los 45 días siguientes a la finalización de cada trimestre; y el informe anual en el mes de febrero de la siguiente vigencia. De igual manera, se realiza el análisis de cada una de las áreas que ingresan información, realizando las validaciones a las que haya lugar.

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación, este equivaldría a una calificación de **5,** esto demuestra un buen comportamiento y cumplimiento en la entrega de la información financiera y de calidad requerida por el Ministerio de Salud y Protección Social, durante la vigencia 2024.

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación, este equivaldría a una calificación de **5** de acuerdo con el anexo 3 de la resolución 408 de 2018.

Evidencia: Certificación emitida por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria por el Ministerio de Salud y Protección Social, emanada de la del Ministerio de Salud, frente a la oportunidad de la rendición de este informe.

DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

Salud

Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2025 de que trata el Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 -Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
Indicador No. 11 del anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.

Nota: Se considera que una ESE presentó oportunamente la información, si los cuatro informes trimestrales de 2025 de que trata la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, fueron entregados oportunamente al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de las Direcciones Territoriales de Salud.

Departamento	Municipio	Nombre Institución	Nivel	Primer Trimestre 2025		Segundo Trimestre 2025		Tercer trimestre 2025		Cuarto trimestre 2025		Resultado Final de Cumplimiento
				Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	
Antioquia	BELLO	E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA "MARIA UPEGUI - HOMO"	2	03/06/2025	Oportuno	29/08/2025	Oportuno	26/11/2025	Oportuno	25/02/2026	Oportuno	Cumple
Antioquia	BELLO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO BELLO SALUD	1	03/06/2025	Oportuno	02/09/2025	Oportuno	26/11/2025	Oportuno	25/02/2026	Oportuno	Cumple
Antioquia	BELLO	ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ	2	03/06/2025	Oportuno	29/08/2025	Oportuno	26/11/2025	Oportuno	25/02/2026	Oportuno	Cumple
Antioquia	BETANIA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	1	28/05/2025	Oportuno	30/08/2025	Oportuno	26/11/2025	Oportuno	26/02/2026	Oportuno	Cumple
Antioquia	BETULIA	E.S.E HOSPITAL GERMAN VELEZ GUTIERREZ	1	28/05/2025	Oportuno	29/08/2025	Oportuno	26/11/2025	Oportuno	25/02/2026	Oportuno	Cumple
Antioquia	CIUDAD BOLÍVAR	ESE HOSPITAL LA MERCED	2	03/06/2025	Oportuno	30/08/2025	Oportuno	26/11/2025	Oportuno	05/03/2026	Oportuno	Cumple
Antioquia	BRICEÑO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EL SAGRADO CORAZON	1	03/06/2025	Oportuno	29/08/2025	Oportuno	26/11/2025	Oportuno	26/02/2026	Oportuno	Cumple
Antioquia	BURITICÁ	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	1	23/05/2025	Oportuno	29/08/2025	Oportuno	26/11/2025	Oportuno	25/02/2026	Oportuno	Cumple
Antioquia	CÁCERES	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA	1	03/06/2025	Oportuno	30/08/2025	Oportuno	26/11/2025	Oportuno	26/02/2026	Oportuno	Cumple
Antioquia	CAICEDO	E.S.E. HOSPITAL GUILLERMO GAVIRIA CORREA	1	22/05/2025	Oportuno	29/08/2025	Oportuno	26/11/2025	Oportuno	02/03/2026	Oportuno	Cumple
Antioquia	CALDAS	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL	2	21/05/2025	Oportuno	30/08/2025	Oportuno	26/11/2025	Oportuno	26/02/2026	Oportuno	Cumple

4.3. GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL 40%

Dada en SEIS (6) indicadores así:
La gestión clínica y asistencial es la base de la razón de ser de la institución, en ella se incluye los procesos misionales que influyen positivamente en el estado de salud de la población usuaria.

Durante la vigencia y de la mano con la implementación del SOGCS y acorde con las políticas nacionales y departamentales de salud se ha trabajado al interior de la Institución en el mejoramiento en los procesos, orientado a la seguridad del paciente y a mantener los cuidados para mejorar las condiciones de salud de nuestros usuarios,

mediante atención humanizada y atributos de calidad, brindados por un talento humano idóneo, comprometido y motivado.

En este capítulo se presentarán los resultados de seis (6) indicadores, relacionados con el desempeño asistencial y de prestación de servicios de salud de la E.S.E.

INDICADOR No.12: Evaluación de Aplicación de Guía de Manejo Específica para Hemorragias III Trimestre o Trastornos Hipertensivos en Gestantes

Evaluación de Aplicación de Guía de Manejo Específica para Hemorragias III Trimestre o Trastornos Hipertensivos en Gestantes		
Numerador	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación	73
Denominador	Número total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación	77
Resultado	**95 %**	

***Fuente de la información**: Informe del comité de historias clínicas.2025*

***INDICADOR:** 73 / 77 = 95%*

Análisis del resultado del indicador

La E.S.E. Hospital San Vicente de Paul, para la vigencia 2025, obtuvo un cumplimiento del 95% en la evaluación de la adherencia a la Guía de Práctica Clínica para hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos asociados al embarazo, resultado que supera la meta institucional establecida (>80%), la cual define que más del 80% de las historias clínicas evaluadas deben alcanzar el 100% de adherencia estricta a la GPC adoptada por la entidad.

Este resultado fue validado en Comité de Historias Clínicas y evidencia una mejora frente a la vigencia 2024, donde se había alcanzado un 90% de cumplimiento, lo que refleja avances en la apropiación y aplicación de los lineamientos clínicos por parte de los profesionales y especialistas. No obstante, dentro de los principales hallazgos se reitera

la necesidad de fortalecer el registro en historia clínica, particularmente en lo relacionado con la consignación de recomendaciones médicas, signos de alarma y actividades educativas brindadas a las pacientes, con el fin de garantizar la integralidad de la atención, la trazabilidad del proceso asistencial y la seguridad materna.

Oportunidades de mejora

Se hace necesario fortalecer los procesos de capacitación y retroalimentación dirigidos al personal asistencial en relación con la adherencia estricta a la Guía de Práctica Clínica para hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos asociados al embarazo, haciendo especial énfasis en la calidad, completitud y oportunidad del registro en la historia clínica, particularmente en la consignación de signos de alarma, recomendaciones médicas y actividades educativas brindadas a la paciente. Lo anterior permitirá cerrar la brecha identificada, avanzar hacia el cumplimiento del 100% de adherencia en los casos evaluados y continuar fortaleciendo la calidad y seguridad en la atención materna.

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación, este equivaldría a una calificación de **5** de acuerdo con el anexo 3 de la resolución 408 de 2018.

Evidencia: Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. 2025

INDICADOR No.13: Evaluación de Aplicación de Guía de Manejo de la Primera Causa de Egreso Hospitalario o de Morbilidad Atendida

Evaluación de Aplicación de Guía de Manejo de la Primera Causa de Egreso Hospitalario o De Morbilidad Atendida (Hipertensión Arterial – ESE HSVP Caldas)		
Numerador	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	90
Denominador	Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	120
Resultado	**75%**	

***Fuente de la información**: Informe del comité de historias clínicas de la E.S.E.2025*

***INDICADOR**: 90 / 12 = 75%*

Análisis del resultado del indicador

Se evidencia por parte del evaluador y se valida en Comité de Historias Clínicas, un 75% de cumplimiento por parte de los profesionales en la ruta de riesgo cardiovascular de la entidad en cuanto a la adherencia a la GPC evaluada para la vigencia 2025. Aunque este resultado está por debajo de la meta (80%), dejándonos en categoría aceptable, es importante resaltar que, para el cálculo de este indicador, sólo se tienen en cuenta las historias clínicas con un cumplimiento estricto de adherencia a historias clínicas (100%). El porcentaje de adherencia total de los profesionales se ubica en un 98% en todos los trimestres.

Oportunidades de mejora

Se retroalimenta al equipo de profesionales en medicina en cuanto a los hallazgos y se socializa el formato aplicado para la evaluación de adherencia a la GPC en procura de mejorar la experiencia del usuario y mitigar los riesgos a la seguridad del paciente; se retroalimentan logros en la adherencia estricta a historias clínicas y faltantes del mismo. Siendo Hipertensión Arterial el diagnostico más frecuente, se realiza capacitación al personal en la identificación de factores de riesgo y la intervención oportuna como estrategias para reducir el riesgo cardio vascular y el impacto asociado a la carga de la enfermedad.

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación, este equivaldría a una calificación de **3** de acuerdo con el anexo 3 de la resolución 408 de 2018.

Evidencia: Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E 2025

INDICADOR No.14: Oportunidad en la Realización de Apendicectomía

Oportunidad en la Realización de Apendicectomía		
Numerador	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación	251
Denominador	Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	279
Resultado	**90%**	

***Fuente de la información**: Informe de Subgerencia Científica de la ESE.2025*

***INDICADOR**: 251/279= 90%*

Análisis del resultado del indicador

Para la vigencia 2025, el indicador de oportunidad en la realización de apendicectomía evidenció un cumplimiento del 90% (251/279), alcanzando la meta institucional establecida (>90%), la cual define que más del 90% de los procedimientos deben realizarse en un tiempo inferior a seis horas desde el diagnóstico clínico y/o paraclínico.

Este resultado refleja la capacidad resolutiva institucional, sustentada en la disponibilidad permanente de la especialidad de cirugía general como interconsultante, así como en la infraestructura y talento humano habilitado para la atención quirúrgica las 24 horas.

Los casos que superaron el tiempo establecido estuvieron asociados principalmente a la necesidad de realizar estudios diagnósticos complementarios para confirmar el cuadro clínico y disminuir riesgos inherentes al acto quirúrgico, especialmente en pacientes con comorbilidades o en aquellos que requirieron valoración por otras especialidades o eventual remisión a un nivel superior de complejidad. No obstante, al comparar con la vigencia 2024, donde se alcanzó un 95,1% de cumplimiento, se evidencia una leve disminución en el desempeño, lo que hace necesario revisar y fortalecer los mecanismos de seguimiento y control en los tiempos de atención, con el fin de optimizar el proceso y mantener estándares superiores de oportunidad y seguridad en la atención quirúrgica.

Oportunidad de mejora

Se requiere fortalecer los espacios de retroalimentación con el equipo de Cirugía General orientados a la priorización de los casos con impresión diagnóstica de apendicitis, promoviendo la confirmación oportuna del diagnóstico mediante criterios clínicos apoyados en paraclínicos, con el fin de definir una conducta ajustada a la condición del usuario y garantizar la generación inmediata de la orden quirúrgica para la realización del procedimiento dentro de las seis horas establecidas. Así mismo, resulta fundamental optimizar los mecanismos de comunicación y articulación del equipo asistencial, en especial del personal de enfermería, como actores clave en la preparación prequirúrgica, programación de quirófano urgente y coordinación de las actividades inherentes al proceso, contribuyendo a la reducción de complicaciones, morbilidad y riesgos evitables asociados a la atención

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación, este equivaldría a una calificación de **5** de acuerdo con el anexo 3 de la resolución 408 de 2018.

Evidencia: Informe de Subgerencia Servicios de Salud de la E.S.E. 2025

INDICADOR No.15: Número de Pacientes Pediátricos con Neumonías Bronco-Aspirativas de Origen Intrahospitalario y Variación Interanual.

Número de Pacientes Pediátricos con Neumonías Bronco-Aspirativas de Origen Intrahospitalario y Variación Interanual		
Numerador	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación	0
Denominador	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.	0
Resultado	0	

***Fuente de la información**: Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador.2025*

Análisis del resultado del indicador

Para la vigencia 2025, el indicador de pacientes pediátricos con neumonía broncoaspirativa de origen intrahospitalario reporta cero casos durante el periodo evaluado (0/0), dando cumplimiento a la meta institucional establecida, la cual contempla la ocurrencia de cero eventos asociados a este diagnóstico durante la atención intrahospitalaria. Este resultado refleja la implementación de prácticas seguras en la atención pediátrica, la identificación oportuna de factores de riesgo y la aplicación de medidas preventivas orientadas a minimizar la morbilidad evitable en esta población vulnerable.

De igual manera, se evidencia que durante la vigencia 2024 el comportamiento del indicador fue igualmente de cero casos, lo que demuestra sostenibilidad en las acciones de prevención y control del riesgo. No obstante, se continúan desarrollando espacios de retroalimentación al equipo asistencial y se garantiza la disponibilidad de los recursos necesarios para brindar una atención segura, así como la capacidad diagnóstica y de intervención oportuna en caso de que el riesgo llegue a materializarse.

Oportunidad de mejora:

Se considera necesario mantener la verificación periódica de la vigencia de los cursos de soporte vital básico y avanzado del personal asistencial, garantizando las competencias requeridas para el aseguramiento oportuno y seguro de la vía aérea en pacientes pediátricos. Así mismo, se debe continuar fortaleciendo la adherencia a las guías de práctica clínica y protocolos institucionales relacionados con la atención de esta población, como estrategias orientadas a la prevención de eventos adversos y a la mitigación del riesgo de neumonía broncoaspirativa intrahospitalaria, asegurando la sostenibilidad de los resultados alcanzados.

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación, este equivaldría a una calificación de **5** de acuerdo con el anexo 3 de la resolución 408 de 2018.

Evidencia:
Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente que como mínimo contenga: Aplicación de la fórmula del indicador.

INDICADOR No.16: Oportunidad en la Atención Específica de Pacientes con Diagnóstico al Egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)

Oportunidad en la Atención Específica de Pacientes con Diagnóstico al Egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)		
Numerador	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación	227
Denominador	Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia objeto de evaluación	229
Resultado	**99%**	

***Fuente de la información**: Informe del comité de historias clínicas de la E.S.E. 2025*

***INDICADOR:** 227/229= 99%*

Análisis del resultado del indicador

Para la vigencia 2025, el indicador de oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM) evidenció un cumplimiento del 99% (227/229), superando la meta institucional establecida (>90%), la

cual contempla el inicio de la terapia antiisquémica dentro de la primera hora posterior al diagnóstico en al menos el 90% de los usuarios. Este resultado refleja un adecuado desempeño institucional en la respuesta oportuna ante eventos coronarios de origen isquémico y un alto nivel de adherencia al protocolo de manejo de IAM por parte del equipo asistencial.

Así mismo, se observa una mejora frente a la vigencia 2024, donde se registró un cumplimiento del 97%, lo que demuestra fortalecimiento en los tiempos de respuesta, articulación del equipo de salud y consolidación de los procesos clínicos orientados a la reducción de complicaciones, secuelas y mortalidad asociada a esta patología de alto impacto.

Oportunidad de mejora
Se considera pertinente continuar fortaleciendo la socialización y actualización permanente de los protocolos y guías de práctica clínica relacionados con el manejo del Infarto Agudo del Miocardio, con el propósito de optimizar los tiempos de respuesta y garantizar una atención oportuna e integral a los usuarios con patología coronaria de origen isquémico. Así mismo, se hace necesario reforzar en el equipo asistencial la importancia del cumplimiento de los tiempos definidos para el inicio de la terapia y del registro completo, claro y oportuno en la historia clínica, asegurando la trazabilidad del proceso asistencial y el sostenimiento de los resultados alcanzados.

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación, este equivaldría a una calificación de **5** de acuerdo con el anexo 3 de la resolución 408 de 2018.

Evidencia: Informe del comité de historias clínicas de la E.S.E 2025

INDICADOR No.17: Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.

Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria		
Numerador	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación	43
Denominador	Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación	43
Resultado	**100%**	

***Fuente de la información**: Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente.2025*

INDICADOR: *43/43= 100%*

Análisis del resultado del indicador

La E.S.E. hospital San Vicente de Paul del municipio de Caldas realizo durante la vigencia 2025 realizó el 100% de los análisis esperados de los casos con egreso "MUERTE" desde el ingreso a la institución superior a las 48 horas, encontrando que estos responden a eventos donde la mortalidad no se considera evitable, producto de las comorbilidades asociadas y mal estado clínico al momento del ingreso. Para la vigencia 2024, también se hizo un análisis del 100% de las mortalidades.

Oportunidad de mejora

Se establece por parte de la administración la necesidad de continuar realizando actividades de retroalimentación y capacitación en las guías de práctica clínica con el fin de reducir la mortalidad evitable, además de establecer la cultura del registro y reporte oportuno, garantizando el seguimiento al indicador y tomar estos hallazgos como opción de mejora en la prestación de servicios.

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación, este equivaldría a una calificación de **5** de acuerdo con el anexo 3 de la resolución 408 de 2018.

Evidencia

Informe Referente al Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente 2025.

INDICADOR No.18: Tiempo Promedio de Espera para la Asignación de Cita de Pediatría

Tiempo Promedio de Espera para la Asignación de Cita de Pediatría		
Numerador	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación	2104
Denominador	Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	448
Resultado	**4.69**	

Fuente de la información*: Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.2025*

Análisis del resultado del indicador

La medición de este indicador es el resultado del registro de la oportunidad mensual de las consultas externas solicitadas para esta especialidad y de las asignadas de primera vez, indicador que es medido por la Oficina Asesora de Planeación realizando monitoreo mensual y seguimiento. Estos datos corresponden a los suministrados por parte de la institución al SIHO.

El acceso al servicio de consulta externa por la especialidad de pediatría se vio impactado por diversos factores durante la vigencia 2025, y para lo cual se realizaron cambios en el agendamiento que permitiese mejorar el acceso; actualmente la entidad incorporo a la E.S.E un Pediatra, adicional que nos permitiera mejorar la oferta con el fin de responder a las necesidades de la población y compromisos para con las entidades administradoras de planes de beneficio contratadas.

Igualmente, a tener en cuenta que hubo una mejoría del indicador al comparar con el año anterior, debido a que como contraprestación a uno de los convenios docencia-servicio nos ha permitido aplicar la oferta de consultas de pediatría.

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación, este equivaldría a una calificación de **5** de acuerdo con el anexo 3 de la resolución 408 de 2018.

Evidencia: 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	2025
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	6,321
Razón Pacientes remitidas para atencion de parto por partos atendidos	0,069
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	0,412
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,004
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,136
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	1,408
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	3,528
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	4,696

INDICADOR No.19: Tiempo Promedio de Espera para la Asignación de Cita de Obstetricia

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia		
Numerador	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación	882
Denominador	Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	209
Resultado	**4.22**	

***Fuente de la información**: Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.2025.*

Análisis del resultado del indicador

La medición de dicho indicador es el resultado del registro de la oportunidad mensual de las consultas externas solicitadas por la especialidad y de las asignadas de primera vez, indicador que es medido por la Oficina Asesora de Planeación realizando monitoreo mensual y seguimiento. Estos datos corresponden a los suministrados por parte de la institución al Ministerio de Salud y Protección Social.

La E.S.E Hospital San Vicente de Paul de Caldas prioriza la prestación en la población gestante a través de diferentes servicios ofertados como lo es la consulta externa; debemos resaltar el compromiso como institución amiga de la mujer y la infancia, estableciendo diversas estrategias para el acceso a las citas por la especialidad de gineco obstetricia con agenda disponible todos los días de la semana, las cuales se asignan por call center, página web, donde las gestantes son prioridad y también se realiza demanda inducida por parte de las profesionales y auxiliares de enfermería que lideran el programa, manteniendo la oportunidad ajustada a la necesidad de la población gestante asignada.

Los cursos para la preparación de la maternidad y la paternidad permiten de igual manera detectar las barreras identificadas y caracterizar a la población gestante, dando así acompañamiento y direccionamiento en el uso racional de los servicios de salud.

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación, este equivaldría a una calificación de **5** de acuerdo con el anexo 3 de la resolución 408 de 2018.

Evidencia: 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	2025
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	6,321
Razón Pacientes remitidas para atencion de parto por partos atendidos	0,069
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	0,412
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,004
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,136
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	1,408
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	3,528
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	4,696
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	5,669
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	4,22

INDICADOR No.20: Tiempo Promedio de Espera para la Asignación de Cita de Medicina Interna.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna		
Numerador	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación	7080
Denominador	Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	2007
Resultado	**3.52**	

***Fuente de la información**: Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.2025*

Análisis del resultado del indicador

La medición de este indicador es el resultado del registro de la oportunidad cuya periodicidad es mensual de las consultas externas solicitadas por la especialidad y de

las asignadas de primera vez, indicador que es medido por la Oficina Asesora de Planeación realizando monitoreo mensual y seguimiento. Estos datos corresponden a los suministrados por parte de la institución al Ministerio de Salud y Protección Social.

La especialidad de Medicina Interna se encuentra entre las actividades que prestamos en el marco de los convenios de docencia servicio, dejando así un espacio para la consulta asistida con residentes de último año de esta especialidad quienes bajo la supervisión del especialista contratado por la E.S.E tienen la posibilidad de ampliar la oferta desde una óptica académica donde el tiempo de dedicación a la atención se amplía evaluando los determinantes en salud que afectan a la población usuaria e impactando de manera positiva la calidad de la atención.

Es importante reiterar que la población que acude a este servicio de consulta externa es demandante y requieren atenciones frecuentes debido a que cursan con patologías crónicas, las cuales merecen especial cuidado y ajustes frecuentes de tratamiento de acuerdo a la condición clínica y factores asociados, situación por la cual la entidad ha planteado a su vez estrategias que permiten el trámite ágil de autorización junto con la respectiva asignación de las citas optimizando de esta forma el recurso y capacidad instalada, manteniendo así una oportunidad adecuada con base en la necesidad de la población usuaria.

Al aplicar el seguimiento del indicador dio un resultado anual de cumplimiento de 3.52 días, manteniéndose dentro del estándar anual, requerido para esta especialidad (≤15 días) y mejorando la oportunidad, con respecto a la vigencia 2023 el cual estuvo en 5.34 días.

Teniendo en cuenta el resultado según la escala de calificación, este equivaldría a una calificación de **5** de acuerdo con el anexo 3 de la resolución 408 de 2018.

Evidencia:
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	2025
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	6,321
Razón Pacientes remitidas para atencion de parto por partos atendidos	0,069
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	0,412
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,004
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,136
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	1,408
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	3,528

5. CONCLUSION

Como resultado del análisis de los indicadores de la evaluación del plan de gestión, se presenta a la honorable Junta Directiva, este documento que reúne información de la gestión adelantada en los ítems relacionados para su análisis y discusión.

Teniendo en cuenta lo estipulado en el anexo 4 de la Resolución 408 de 2018, se puede concluir luego de su análisis y basados en el anexo de evaluación de la gestión adelantada durante la vigencia 2025, que se obtiene un resultado total de **4.34**, ubicándolo en un cumplimiento igual o superior al 70%, para un resultado de la gestión **SATISFACTORIA.**

6. MATRIZ DE CALIFICACIÓN VIGENCIA 2024 (Anexo 4 Resolución 408 de 2018)

ANEXO 4 - RESOLUCION 408 DEL 2018							
MATRIZ DE CALIFICACION (Aplicable a entidades nivel II y III, no acreditadas sin riesgo financiero y sin auto evaluación en la vigencia anterior)							
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas							
PERIODO EVALUADO: 2024							
MUNICIPIO: Caldas							
Área de Gestión	N°	Indicador	Línea de Base (2023)	Resultado del periodo evaluado (2024)	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	d	I	J	k	l	m=k*l
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior	1,20	1,13	3	0,05	0,15
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	0,90	0,93	5	0,05	0,25
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	0,85	0,93	5	0,10	0,50
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	SIN RIESGO	SIN RIESGO			
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	1,02	1,05	1	0,0571	0,06
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas, b) Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. C) Compras a través de mecanismos electrónicos	1,00	1,00	5	0,0571	0,29
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	REGISTRA DEUDA CERO	REGISTRA DEUDA CERO (0)	5	0,0571	0,29
	8	Utilización de información de Registro	6	5	5	0,0571	0,29

ANEXO 4 . RESOLUCION 408 DEL 2018

MATRIZ DE CALIFICACION (Aplicable a entidades nivel II y III, no acreditadas sin riesgo financiero y sin auto evaluación en la vigencia anterior)

NOMBRE DE LA INSTITUCION: ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas

PERIODO EVALUADO: 2026

MUNICIPIO: Caldas

Área de Gestión	Nº	Indicador	Línea de Base	Resultado del periodo evaluado (2026)	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	d	I	J	k	l	m=k*l
Planeación y Gerencia	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior	1,20	1,13	3	0,05	0,15
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	0,90	0,93	5	0,05	0,25
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	0,85	0,93	5	0,10	0,50
Financiera y Administrativa	4	Riesgo Fiscal y Financiero	SIN RIESGO	SIN RIESGO			
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	1,02	1,05	1	0,0571	0,06
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas, b) Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. C) Compras a través de mecanismos electrónicos	1,00	1,00	5	0,0571	0,29
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	REGISTRA DEUDA CERO	REGISTRA DEUDA CERO (0)	5	0,0571	0,29
	8	Utilización de información de Registro	6	5	5	0,0571	0,29

		individual de prestaciones - RIPS					
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0,76	0,82	1	0,0571	0,06
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	CUMPLE	CUMPLE	5	0,0571	0,29
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2. Capítulo 8, Titulo 3, Parte 5 del libro 2 del Decreto 780 del 2016-Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	OPORTUNO	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193	5	0,0571	0,29
Gestión Clínica o asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo especifica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en gestantes	0,90	0,95	5	0,07	0,35
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	0,55	0,75	3	0,05	0,15
	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	0,95	0,90	5	0,05	0,25
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	NO SE PRESENTARON EVENTOS	NO SE PRESENTAN EVENTOS	5	0,05	0,25
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnostico al egreso del infarto Agudo de miocardio (AM)	0,97	0,99	5	0,05	0,25
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	1,00	1,00	5	0,05	0,25

	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	4.83	4,7	5	0,03	0,15
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstétrica	5.19	4,2	5	0,03	0,15
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	4.08	3,5	5	0,02	0,10
					CALIFICACION		4,34
		CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN:	IGUAL O SUPERIOR AL 70%		RESULTADO	SATISFACTORIA	

Información para efectos de notificación:
Móvil: 3206986144
Correo electrónico: gerencia@esehospicaldas.gov.co
Teléfono: 644448061 extensión 107
Dirección: Carrera 48 # 135 sur - 41

Atentamente,

Juan Carlos Sánchez Fernández
Gerente E.S.E Hospital San Vicente de Paúl de Caldas

Proyecto:	Deyby Alejandro Echeverry	Jefe de Oficina de Planeación	
Reviso:	Juan Esteban López	Subgerente Administrativo y Financiero	
Reviso:	María Isabel Patiño	Subgerente Servicios de Salud	