

2025

INFORME DE GESTION



CLAUDIA JIMENA SANCHEZ
ALCALDE

HOSPITAL LA BUENA
ESPERANZA DE YUMBO E.SE.



INFORME DE GESTION INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

El Informe de Gestión constituye una herramienta fundamental para el seguimiento y la evaluación del cumplimiento de la misión del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E., reafirmando nuestro compromiso con la prestación de servicios de salud seguros, oportunos, humanizados y de calidad.

En el presente documento se describen los principales avances de la gestión institucional, el grado de cumplimiento de los planes operativos, así como el seguimiento a la implementación del Modelo de Control Interno y del Sistema de Gestión de la Calidad, con corte al 31 de diciembre de 2025.

Su objetivo es presentar los resultados alcanzados, permitiendo identificar el nivel de cumplimiento entre lo planeado y lo ejecutado, en coherencia con la plataforma estratégica definida en el Plan de Desarrollo Institucional.

El informe de Gestión se divide en 3 capítulos:

- I. GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN Y GERENCIA
- II. GESTIÓN CLINICA Y ASISTENCIAL
- III. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA



I. **GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN Y GERENCIA**



PLATAFORMA ESTRATEGICA

Misión: Brindar una atención médico-hospitalaria de primer nivel de complejidad a nuestros usuarios y familia, con altos estándares de calidad, buscando siempre cumplir sus expectativas y necesidades fomentando el desarrollo de una excelente cultura organizacional, alineado con procesos de docencia e innovación al servicio de nuestra institución.

Visión: En el 2027 seremos una institución referente en el suroccidente colombiano, por la integralidad en los servicios de salud, innovación, atención segura a los pacientes y su familia, con enfoque de gestión sostenible, responsable y eficiente".

Política de Calidad

Somos una entidad comprometida en el mejoramiento continuo para la prestación de servicios de salud, bajo sus modelos de gestión de riesgo y atención centrada en las necesidades de salud del usuario y su familia, con seguridad, humanización y calidad, agregando valor a sus procesos, generando permanentemente un mayor compromiso de su equipo humano y respondiendo a los requerimientos de las partes interesadas.

Objetivos Estratégicos

- Promover la atención centrada en el usuario y su familia.
- Continuar siendo auto sostenible financieramente con énfasis en la rentabilidad social.
- Generar servicios eficaces en cumplimiento de las expectativas y necesidades.
- Potenciar el desarrollo administrativo a partir de la innovación y la gestión del conocimiento.
- Fortalecer la capacidad operacional, técnica y logística del hospital.

Valores institucionales:

- **Disciplina:** Los procesos en nuestra entidad se desarrollan de manera ordenada y sistemática, siguiendo los lineamientos y normas establecidas.
- **Compromiso:** Es la capacidad que tienen todos los colaboradores de cumplir con la responsabilidad encomendada.

- **Actitud de Servicio:** Es la capacidad resolutoria del personal de la entidad para afrontar y resolver las situaciones que se presentan día a día en forma positiva superando la expectativa de los usuarios.
- **Tolerancia:** Nuestros colaboradores valoran y respetan las diferencias individuales, tienen en cuenta las opiniones y actividades que realizan las demás personas generando una actitud de equidad.

Mapa de Procesos:

El mapa de procesos del Hospital la Buena Esperanza de Yumbo E.S.E, se encuentra conformada por Cuatro (04) procesos: Gestión Gerencial, Gestión de Apoyo, Control y Evaluación a la Gestión, Misional, Diecinueve (19) Subprocesos: Planeación Estratégica, Gestión Jurídica, Gestión para el Usuario, Gestión Administrativa, Gestión Financiera, Gestión de la Información y Comunicación, Mejora Continua, Control Interno, Control Interno Disciplinario, Seguridad del Paciente; Odontología, Servicio de Urgencias, Hospitalización y Partos, Servicio de Cirugía, Enfermería, Consulta Externa y Especializada, Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnosticas, Terapias.





Servicios Hospital la Buena Esperanza de Yumbo E.S.E.

Servicios que se encuentran Habilitado ante la Secretaria de Salud Departamental del Valle del Cauca (Reps) hasta el 31 de agosto de 2026 de acuerdo al código de Habilitación Nro. 7689204073 a Nombre del Prestador E.S.E Hospital la Buena Esperanza de Yumbo.

Nombre Sede	Código Habilitación	Nombre Grupo de Servicio	Nombre de Servicio
E.S.E. Hospital La Buena Esperanza	768920407301	Internación	Hospitalización Pediátrica
			Hospitalización Adultos
			Cirugía Ortopédica
		Quirúrgicos	Cirugía Ginecológica
			Cirugía Urológica
			Cirugía General
			Transporte Asistencial Básico
			Atención Inmediata
		Consulta Externa	Atención al Parto
			Urgencias
			Optometría
			Vacunación
			Medicina del Trabajo y Medicina Laboral
			Psicología
			Pediatría
			Ortopedia Y/O Traumatología
			Odontología General
			Nutrición y Dietética
			Medicina Interna
			Medicina General
			Medicina Familiar
			Ginecobstetricia
			Enfermería
			Cirugía General
			Urología
		Anestesia	
		Imágenes Diagnosticas - No Ionizantes	
Laboratorio Clínico			
Toma de Muestras de Laboratorio Clínico			
Servicio Farmacéutico			



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Apoyo Diagnóstico y
Complementación
Terapéutica

Terapia Ocupacional
Terapia Respiratoria
Fisioterapia
Fonoaudiología Y/O
Terapia del Lenguaje
Imágenes Diagnosticas -
Ionizantes
Radiología Odontológica
Toma de Muestras de
Cuello Uterino y
Ginecológicas

Puestos de Salud:

Nuestra institución cuenta con una red de 04 puestos de salud debidamente inscritos en el registro especial de prestadores de salud - REPS, distribuidos en la zona urbana y rural, en la cual se prestan servicios de Enfermería, Medicina General, Odontología General; vacunación, Toma de muestras de cuello uterino y Ginecológico.

Puesto de Salud	Zona	Dirección
Puesto de Salud Guacanda	Urbano	Calle 15 Cra 2 Esquina
Puesto de Salud San Jorge	Urbano	Calle 18G # 17 A- 60
Puesto de Salud Santa Inés	Rural	Corregimiento de Santa Inés
Puesto de Salud San Marcos	Rural	Frente al Parque San Marcos

Capacidad instalada

Grupo Capacidad	Concepto	Cantidad
Ambulancias	Básica	4
Camas	Pediátrica	5
Camas	Adultos	11
Camas	TPR	1
Camillas	Observación Pediátrica	5
Camillas	Observación Adultos Hombres	6
Camillas	Observación Adultos Mujeres	6
Consultorios	Urgencias	5
Consultorios	Consulta Externa	14
Salas	Partos	1




Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Salas	Sala de Cirugía	1
Unidad Movil	Unidad Móvil	1
Procedimientos	Sala	7
Sillas de Ambiente Transicion	Urgencias	22

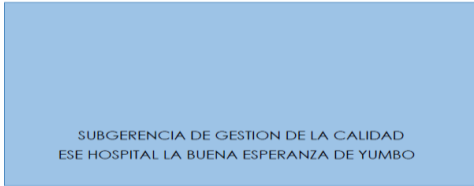
PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD – PAMEC 2025

En el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad. Se realizaron las siguientes actividades:

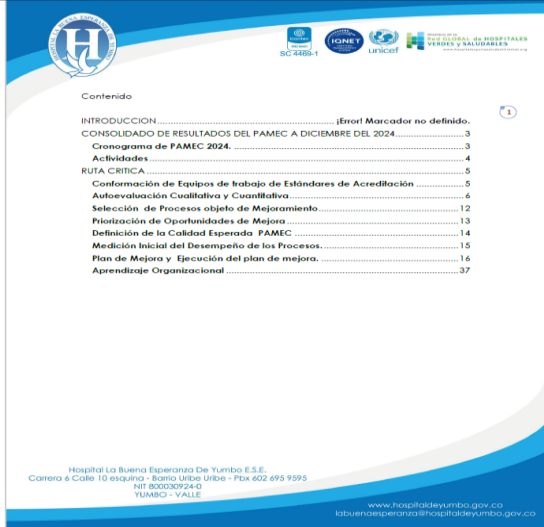
- Informe de Cierre del PAMEC 2024: De acuerdo al cronograma estipulado en el documento del Plan de Auditoria del Mejoramiento de la calidad – PAMEC se programaron 4 seguimientos correspondientes al plan de Mejora durante los meses de: Septiembre, octubre, noviembre y diciembre, de los cuales se priorizaron 19 estándares del grupo asistencial de acreditación que corresponde a 48 acciones de mejoramientos programadas para un resultado de 48 acciones de mejoramiento ejecutadas con un cumplimiento del 100% de las acciones.



**INFORME CIERRE PROGRAMA DE
AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO
DE LA CALIDAD DE ATENCION EN
SALUD – PAMEC 2024**



SUBGERENCIA DE GESTION DE LA CALIDAD
ESE HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO



Contenido

INTRODUCCION..... ¡Error! Marcador no definido.

CONSOLIDADO DE RESULTADOS DEL PAMEC A DICIEMBRE DEL 2024..... 3

Cronograma de PAMEC 2024..... 3

Actividades..... 4

RUTA CRITICA..... 5

Conformación de Equipos de Trabajo de Estándares de Acreditación..... 5

Autoevaluación Cualitativa y Cuantitativa..... 6

Selección de Procesos objeto de Mejoramiento..... 12

Priorización de Oportunidades de Mejora..... 13

Definición de la Calidad Esperada PAMEC..... 14

Medición Inicial del Desempeño de los Procesos..... 15

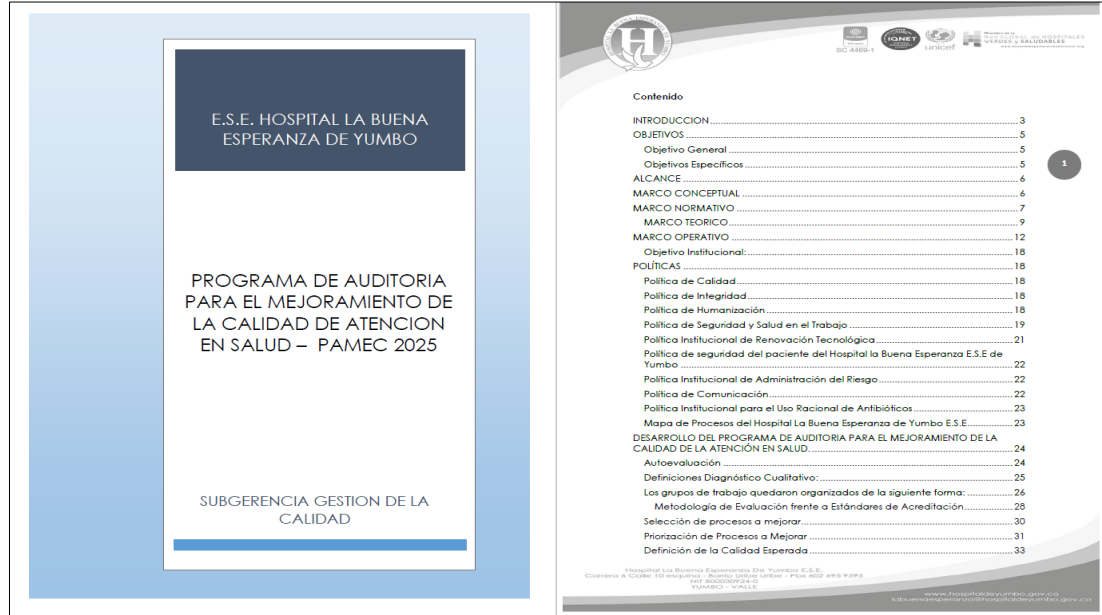
Plan de Mejora y Ejecución del plan de mejora..... 16

Aprendizaje Organizacional..... 37

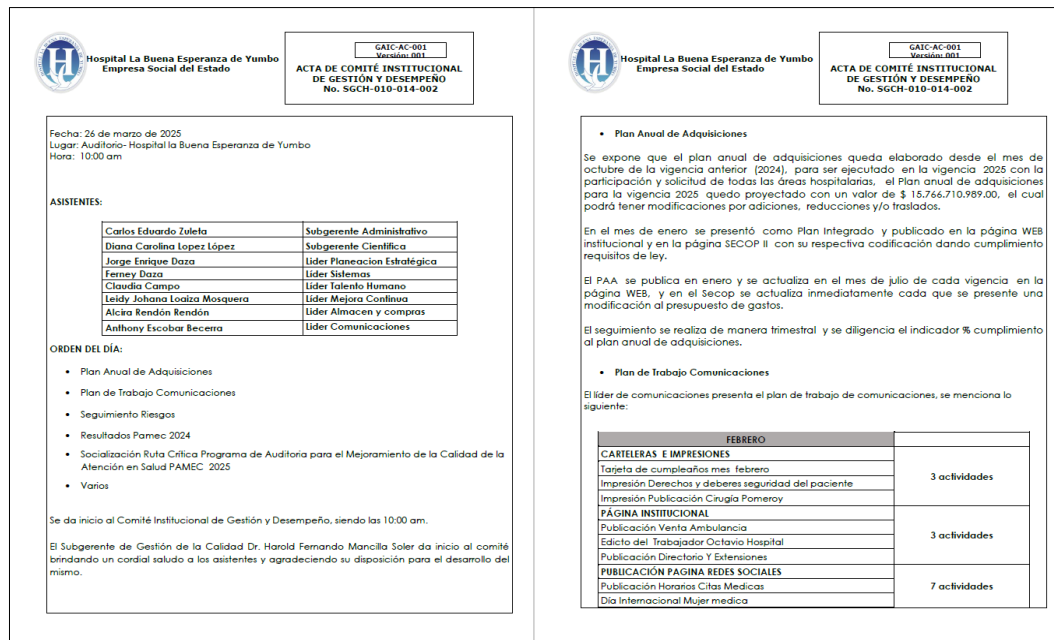
Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.
Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 602 695 9595
NIT 800030924-0
YUMBO - VALLE

www.hospitaldeyumbo.gov.co
labuenaesperanza@hospitaldeyumbo.gov.co

- Elaboración del Documento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de la Vigencia 2025.



- Sensibilización Institucional se socializo el Informe de Cierre del PAMEC de la vigencia 2024: Siendo las 10:00 am, del día 26 de marzo de 2025 en el comité de gestión de desempeño mediante acta SGCH-010-014-002 inicia la reunión de Socialización Cierre PAMEC 2024 y Sensibilización plan de trabajo de PAMEC 2025.





Reporte Circular 012 de 2016 (Formato ST002). Pantallazo de reporte página Supersalud formato ST002 (Febrero 07 2025)

- Cronograma de PAMEC 2025.

CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD- PAMEC VIGENCIA 2025

Ruta Crítica	Soportes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Cierre de brechas del periodo anterior	Informe final cierre de brechas (Acciones de mejoramiento cumplidas 2024)	En 30											
Reporte Circular 012 de 2016 (Formato ST002).	Pantallazo de reporte pagina Supersalud formato ST002		Feb 28										
Despliegue	Generalidades del Pamec, Lineamientos para Programar y Ejecutar la Ruta Crítica (Documento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud- PAMEC)			Marzo 30									
	Socialización de la ruta crítica PAMEC 2025			Marzo 30									
Autoevaluación	Cronograma de Reuniones Estándares de Acreditación				Abr 30								
	Actas de reunión Auto evaluación estándares de Acreditación					Mayo 30							
Selección de Procesos a mejorar	Listado de procesos a mejorar						Jun 30						
Priorización de procesos a mejorar	Acta de priorización de estándares de Acreditación						Jun 30						
Definición de la calidad esperada	Fichas técnicas de indicadores (Aplicativo Daruma)							Julio 30					
Medición Inicial del Desempeño de los Procesos.	Actas de reunión (Seguimiento de Instrumentos para la medición de los indicadores)								Ag 30				
Elaboración planes de mejoramiento	Formato plan de mejoramiento y acta de reunión								Ag 30				



Conformación de Equipos de trabajo de Estándares de Acreditación.

HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E		
EQUIPOS PAMEC DE AUTOEVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO		
		CEAM-020-003-047
Nombre del Grupo de Estandar	Integrantes	Estandares
Asistencial Grupo 1 y 2	Lider de Seguridad del Paciente	Grupo 1 (Estandares 1 a 30) Grupo 2 (Estandares 31 a 75)
	PYP	
	Lider de Urgencias	
	Coordinador Medico Urgencias	
Direccionamiento y Gerencia	Gerencia	Direccionamiento (Estandares 76-88) Gerencia (Estandares 89 a 103)
	Subgerente Administrativa	
	Subgerente de Gestión Calidad	
	Subgerente Científica	
	Asesor de Control Interno	
	Lider Planeación Estrategica	
	Lider de Mejora Continua	
Talento Humano	Lider de Talento Humano	Talento Humano (Estandares 104 a 120)
	Auxiliar Administrativa	
	Lider de Presupuesto	
	Apoyo Almacén	
Ambiente Fisico	lider de Mantenimiento	Ambiente Fisico (Estandares 121 a 131)
	Lider de Almacen	
	Apoyo SST	
	Lider de SST	
Gestion Tecnologica e Informacion	Lider de SIAU	Gestion Tecnologica (Estandares 132 a 141) Gestion Informatica (Estandares 142-155)
	Lider de Sistemas	
	Lider de Comunicaciones	
	Lider de Estadística	
	Lider de Gestion Documental	
Mejoramiento continua de la Calidad	Lider de Mejora Continua	Mejoramiento continua de la Calidad (Estandares 156 a 160)
	Subgerente Gestion de Calidad	
	Lider de Planeacion Estrategica	
	Lider de Gestion Documental	

Diligenciamiento de la Cartilla de autoevaluación cualitativa y cuantitativa CEAM-FOR-048.

Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
Empresa Social del Estado

CEAM-FOR-048
Versión No. 002
AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Índice y Codificación de los Estándares

Grupo de Estándares	Código	Numeral Consecutivo
Derechos de los Pacientes	AsDP	1-4
Seguridad del Paciente	AsSP	5-8
Acceso	AsAC	9-16
Registro E Ingreso	AsREC	17-19
Evaluación de Necesidades al ingreso	AsEV	20-22
Planificación de la Atención	AsPL	23-40
Ejecución del Tratamiento	AsEJ	41-46
Evaluación de la Atención	AsEA	47-50
Salida y Seguimiento	AsAL	51-52
Referencia y Contrareferencia	AsREF	53-58
Símbolos Interligados en Red	AsIR	59-75
Direccionamiento	DIR	76-88
Gerencia	GER	89-103
Gerencia del Talento Humano	TH	104-120
Gerencia de Ambiente Fisico	GAF	121-131
Gestión de Tecnología	GT	132-141
Gerencia de la Información	GI	142-155
Estándares de Mejoramiento de la Calidad	MCC	156-160

Derechos de los Pacientes

ESTANDAR 1.

La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que los pacientes y el personal comprenden y siguen sus derechos. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.

Criterios:

- Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).
- La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al

Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
Empresa Social del Estado

CEAM-FOR-048
Versión No. 002
AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.

- La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención.
- El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados.
- La participación de los usuarios en investigaciones debe contar con su aceptación escrita y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.
- Toda investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta.
- La negativa por parte del usuario no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.
- La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.

Identifique fortalezas y oportunidades de mejora relacionadas con el estándar y sus criterios al aplicarlo a la institución. Por favor registrar fortalezas; soportes de las Fortalezas y Oportunidades de mejora, según aplique; si no hay fortalezas o no hay oportunidades dejar en blanco.

FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
La institución cuenta con un Procedimiento Información y Atención a los usuarios en el Hospital y Puestos de Salud GGU-010-008-001 y una señalética de derechos y deberes ubicada en sala de consulta externa de la ESE. Se realiza socialización y entrega de folletos de derechos y deberes por parte de la asociación de usuarios y personal de atención al usuario de la institución. Se cuenta con el comité de ética que está conformado por un médico; una Enfermera Jefe; dos representantes de la Asociación de usuarios; el subgerente científico. Tiene un periodo de 3	Folletos, socialización de los Derechos y Deberes; Señalética de derechos y deberes	Ajustar, implementar y evaluar el procedimiento Información y atención a los usuarios en el hospital y puestos de salud con código GGU-010-008-001, donde se comunique al cliente interno y usuario los derechos y deberes de una manera clara y oportuna, e incluir en el comité de ética hospitalaria el seguimiento a las vulneraciones de los derechos y deberes de los usuarios.
		Fortalecer el uso de los medios de comunicación para el despliegue de los derechos y deberes tanto al cliente



Diligenciamiento de los resultados de la autoevaluación cualitativa y cuantitativa en la Matriz de Ejecución de Plan de Auditoría de Mejoramiento PAMEC – CEAM-FOR-071.

HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO																					
EJECUCION PROGRAMA DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC																					
OPORTUNIDADES DE MEJORA	CUALITATIVA								EJECUCION Y FABRICACION DE PROYECTO												
	EMFOQUE		IMPLEMENTACION		RESULTADOS				MATRIZ DE FABRICACION												
	EFECTIVIDAD	EFICIENCIA	ACCESIBILIDAD	SEGURIDAD	ATENCION AL PACIENTE	COMUNICACION	TRANSACCION	COMUNICACION	TOTAL PROMEDIO	RECURSO	CIEN	CIEN	VOLUMEN	TOTAL	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	BAJERAS DE MEJORAMIENTO	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCION DE MEDIDA	PERSONA RESPONSABLE DE LA ACCION DE LA ACCION	AÑO DE LA ACCION	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	ESTADO
									5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	1. Establecer un plan de mejoramiento, que se reconozcan (breves) fortalezas y debilidades (siglas)		Liderazgo Calidad / 2025	Liderazgo Calidad / 2025	2025	Liderazgo Calidad	COMPLETO
									5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	2. Establecer un plan de mejoramiento, que se reconozcan (breves) fortalezas y debilidades (siglas)		Liderazgo Calidad / 2025	Liderazgo Calidad / 2025	2025	Liderazgo Calidad	COMPLETO

- Autoevaluación Cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación: En los meses de abril y mayo se realizó la autoevaluación Cualitativa y Cuantitativa de los estándares de acreditación de acuerdo al cronograma de reuniones de trabajo de estándares de acreditación: Asistencial 1; Asistencial 2; Direccionamiento y Gerencia; Talento Humano; Ambiente Físico; Gestión Tecnológico e información; Mejoramiento continuo de la Calidad se pueden evidenciar en las actas de reunión.

CRONOGRAMA DE REUNIONES DE TRABAJO DE ESTANDARES DE ACREDITACION 2025			
Grupo de Estandar	Estandares	Autoevaluacion	
		Cualitativa	Cuantitativa
		Abril -Mayo	Mayo
Asistenciales			
Grupo de Estandar Asistencial 1	1 a 30	Abril 28; 29 y Mayo 02	Mayo 02
Grupo de Estandar Asistencial 2	31 a 75	Mayo 05; 06 y 07	Mayo 08
Direccionamiento y Gerencia			
Grupo de Estandar Direccionamiento	76 a 88	Mayo 07 y 08	Mayo 09
Grupo de Estandar de Gerencia	89 a 103	Mayo 12 y 13	Mayo 14
Talento Humano			
Grupo de Estandar Talento Humano	104 a 120	Mayo 14, 15	Mayo 16
Ambiente Físico			
Grupo de Estandar Ambiente Físico	121 a 131	Mayo 19 y 20	Mayo 21
Gestion Tecnologica y de Informacion			
Grupo de Estandar Gestion Tecnologico	132 a 141	Mayo 20 y 21	Mayo 22
Grupo de Estandar de Gerencia de la Informacion	142 a 155	Mayo 22 y 23	Mayo 24
Mejoramiento Continuo de la Calidad			
Grupo de Estandar de Mejoramiento continuo de la Calidad	156 a 160	Mayo 26 y 27	Mayo 29



SC 4469-1

Estandar	CALIFICACION										
	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					Total
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y Mejoramiento del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Externo e Interno	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	Promedio 2025
Estandar 1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1,30
Estandar 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estandar 3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estandar 4	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1,30
Estandar 5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
Estandar 6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 8	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
Estandar 9	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1,10
Estandar 10	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
Estandar11	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estandar12	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1,30
Estandar 13	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1,80
Estandar 14	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00
Estandar 15	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,90
Estandar16	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,90
Estandar17	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,60
Estandar 18	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1,60
Estandar 19	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,60
Estandar 20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 23	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1,40
Estandar 24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 25	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estandar 26	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20



Miembro de la Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES
www.hospitaldeyumbo.org

Estandar 27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 28	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estandar 29	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estandar 30	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00
Estandar 31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 32	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estandar 33	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,30
Estandar 34	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estandar 35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estandar 36	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
Estandar 37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 38	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estandar 39	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
Estandar 40	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estandar 41	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1,40
Estandar 42	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1,40
Estandar 43	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 44	3	2	2	2	2	3	3	1	1	1	2,00
Estandar 45	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1,50
Estandar 46	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 47	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1,70
Estandar 48	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1,40
Estandar 49	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1,40
Estandar 50	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1,40
Estandar 51	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 52	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,80
Estandar 53	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 55	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 56	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 57	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estandar 58	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 59	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitaldeyumbo.gov.co

Estandar 60	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 61	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 62	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 63	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,80
Estandar 64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 65	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 66	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 67	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
Estandar 68	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 69	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 70	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 71	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 72	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 73	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 74	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 75	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 76	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 77	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 78	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 79	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 80	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
Estandar 81	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 82	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00
Estandar 83	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,50
Estandar 84	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,50
Estandar 85	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 86	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 87	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,40
Estandar 88	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 89	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 90	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 91	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 92	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00



Miembro de la Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES
www.hospitaldeyumbo.gov.co

Estandar 93	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 94	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estandar 95	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estandar 96	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estandar 97	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 98	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 99	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 100	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1,60
Estandar 101	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estandar 102	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,80
Estandar 103	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
Estandar 104	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 105	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 106	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 107	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 108	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 109	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 110	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 111	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estandar 112	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 113	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
Estandar 114	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 115	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estandar 116	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estandar 117	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 118	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
Estandar 119	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 120	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
Estandar 121	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,70
Estandar 122	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estandar 123	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 124	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 125	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitaldeyumboorlasaludambiental.org

Estandar 126	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estandar 127	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
Estandar 128	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1,10
Estandar 129	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00
Estandar 130	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 131	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 132	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
Estandar 133	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estandar 134	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1,40
Estandar 135	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 136	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estandar 137	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 138	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
Estandar 139	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
Estandar 140	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
Estandar 141	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
Estandar 142	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 143	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 144	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 145	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 146	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 147	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 148	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
Estandar 149	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estandar 150	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estandar 151	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1,40
Estandar 152	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,80
Estandar 153	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
Estandar 154	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 155	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1,40
Estandar 156	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,70
Estandar 157	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 158	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00



Estandar 159	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estandar 160	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Total	1,48	1,41	1,31	1,23	1,15	1,16	1,13	1,09	1,05	1,02	1,20

- Selección de procesos a Mejorar: Se realiza el listado de oportunidades de mejoramiento que se genera a partir de la autoevaluación, se relaciona el proceso al que pertenecen.

Es muy importante tener en cuenta que dichas oportunidades de mejora deben estar relacionadas al proceso de atención centrado en el usuario.

Una vez identificadas las oportunidades de mejora durante la auto evaluación, el equipo de la institución apoyado por la líder de PAMEC, (Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud), deben identificar a que procesos pertenecen O ESTAN AFECTANDO esas oportunidades de mejora.

OPORTUNIDADES DE MEJORA DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN 2025

GRUPO DE ESTÁNDARES CLIENTE ASISTENCIAL	Estándares	Oportunidades de Mejora
Ambulatorio-Hospitalización	1 al 75	152

GRUPO DE ESTÁNDARES DE APOYO	Estándares	Oportunidades de Mejora
Direccionamiento	76 al 88	42
Gerencia	89 al 103	42
Ambiente Físico	121 al 131	38
Tecnología	132 al 141	32
Talento Humano	104 al 120	25
Sistemas de Información	142 al 155	33
Mejoramiento	156 al 160	8
TOTAL	160	372



- Priorización de los estándares: Realizamos el alistamiento de todas las oportunidades de mejora a que pertenece cada uno de ellos, se procederá a realizar su priorización teniendo en cuenta la variable Riesgo, costo y Volumen.

- Riesgo Costo y Volumen
La escala de calificación va de 1 a 5
Dónde: 1 es menor riesgo y 5 es mayor riesgo
- Las oportunidades de mejoras priorizadas fueron las que obtuvieron mayor calificación.

Estándar	SELECCIÓN Y PRIORIZACION DE PROCESOS			
	MATRIZ DE PRIORIZACION			
	PRIORIZACION			
	Riesgo	Costo	Volumen	Total
Estándar 1	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 2	-	-	-	-
Estándar 3	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 4	3,00	5,00	5,00	75,00
Estándar 5	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 6	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 7	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 8	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 9	5,00	3,00	5,00	75,00
Estándar 10	5,00	3,00	5,00	75,00
Estándar 11	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 12	5,00	3,00	5,00	75,00
Estándar 13	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 14	5,00	3,00	5,00	75,00
Estándar 15	5,00	5,00	5,00	125,00



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Estándar 16	5,00	3,00	3,00	75,00
Estándar 17	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 18	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 19	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 20	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 21	3,00	3,00	5,00	45,00
Estándar 22	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 23	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 24	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 25	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 26	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 27	5,00	3,00	3,00	45,00
Estándar 28	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 29	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 30	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 31	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 32	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 33	3,00	5,00	5,00	75,00
Estándar 34	5,00	3,00	5,00	75,00
Estándar 35	-	-	-	-
Estándar 36	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 37	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 38	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 39	5,00	3,00	3,00	45,00
Estándar 40	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 41	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 42	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 43	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 44	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 45	5,00	3,00	3,00	45,00
Estándar 46	3,00	3,00	5,00	45,00



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Estándar 47	5,00	5,00	5,00	75,00
Estándar 48	3,00	1,00	3,00	9,00
Estándar 49	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 50	3,00	1,00	3,00	9,00
Estándar 51	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 52	3,00	3,00	1,00	9,00
Estándar 53	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 54	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 55	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 56	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 57	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 58	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 59	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 60	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 61	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 62	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 63	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 64	3,00	5,00	5,00	75,00
Estándar 65	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 66	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 67	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 68	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 69	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 70	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 71	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 72	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 73	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 74	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 75	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 76	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 77	3,00	5,00	5,00	75,00



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Estándar 78	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 79	3,00	3,00	5,00	45,00
Estándar 80	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 81	3,00	3,00	5,00	45,00
Estándar 82	3,00	5,00	5,00	75,00
Estándar 83	3,00	5,00	5,00	75,00
Estándar 84	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 85	1,00	3,00	3,00	9,00
Estándar 86	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 87	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 88	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 89	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 90	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 91	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 92	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 93	3,00	3,00	1,00	9,00
Estándar 94	3,00	5,00	5,00	75,00
Estándar 95	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 96	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 97	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 98	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 99	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 100	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 101	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 102	1,00	3,00	3,00	9,00
Estándar 103	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 104	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 105	5,00	3,00	3,00	45,00
Estándar 106	1,00	3,00	3,00	9,00
Estándar 107	1,00	3,00	3,00	9,00
Estándar 108	1,00	3,00	3,00	9,00



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Estándar 109	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 110	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 111	3,00	1,00	3,00	9,00
Estándar 112	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 113	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 114	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 115	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 116	3,00	3,00	1,00	9,00
Estándar 117	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 118	5,00	3,00	3,00	45,00
Estándar 119	3,00	1,00	1,00	3,00
Estándar 120	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 121	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 122	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 123	5,00	3,00	3,00	45,00
Estándar 124	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 125	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 126	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 127	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 128	3,00	1,00	1,00	3,00
Estándar 129	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 130	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 131	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 132	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 133	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 134	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 135	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 136	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 137	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 138	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 139	5,00	5,00	5,00	125,00



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Estándar 140	5,00	3,00	3,00	45,00
Estándar 141	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 42	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 143	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 144	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 145	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 146	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 147	3,00	3,00	5,00	45,00
Estándar 148	3,00	3,00	5,00	45,00
Estándar 149	3,00	3,00	5,00	45,00
Estándar 150	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 151	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 152	3,00	3,00	5,00	45,00
Estándar 153	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 154	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 155	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 156	3,00	3,00	5,00	45,00
Estándar 157	3,00	3,00	5,00	45,00
Estándar 158	3,00	5,00	3,00	45,00
Estándar 159	3,00	3,00	3,00	27,00
Estándar 160	3,00	3,00	5,00	45,00
	3	5	3	125

Los Procesos priorizados son aquellos de mayor criticidad por lo que se tomaran los que obtengas una calificación de 75 o 125.

La escala de calificación que se utiliza va de 1 a 5, donde 1 significa de menor riesgo, costo y volumen; y 5 significa mayor riesgo, costo y volumen.

Grupo Estándar	Nro. Estándar	Nro. Acciones
Humanización	1	2
Gestión Clínica	4	2
Seguridad del Paciente	5	2



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

	7	2
	8	2
Acceso	11	2
	15	2
Registro E Ingreso	19	2
Planeación de la Atención	26	2
	33	2
	40	2
Ejecución del Tratamiento	43	2
	47	2
Direccionamiento	82	2
	83	2
	86	2
	88	2
Gerencia	92	2
	94	2

- Definición de la Calidad Esperada: Para la definición de este PAMEC, la calidad esperada está definida por los estándares de acreditación correspondiente a los procesos prioritarios. Para garantizar la mejora continua se espera logra el cumplimiento del 90% de las acciones implementadas, de las cuales de 21 estándares relacionados de la siguiente manera:

Grupo Estándar	Nro. Estándar	Nro. Acciones
Humanización	1	2
Gestión Clínica	4	2
Seguridad del Paciente	5	2
	6	2



SC 4469-1



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

	8	2
Acceso	11	2
	15	2
Registro E Ingreso	19	2
Planeación de la Atención	26	2
	33	2
	40	2
Ejecución del Tratamiento	43	2
	47	2
Direccionamiento	82	2
	83	2
	86	2
	88	2
Gerencia	92	2
	94	2

- Medición Inicial del desempeño de los procesos priorizados: Frente al cumplimiento de los objetivos de los procedimientos que conforman el programa de auditoría sobre los procesos prioritarios, de los resultados esperados en la implementación del programa y del mejoramiento de los resultados de los procesos objeto de mejoramiento En la ESE Hospital La Buena Esperanza de Yumbo existe un mecanismo para hacer el seguimiento al programa, monitoreo que es responsabilidad del nivel gerencial de la institución con el fin de establecer la brecha entre la calidad observada y la esperada a fin de iniciar el mejoramiento continuo frente a unas metas establecidas.
- Elaboración del plan de mejora: Es un requerimiento determinar estructura, proceso y resultados operacionales de mejora de brechas encontradas en los procesos y estándares priorizados para lo cual se priorizaron 21 estándares de los cuales se implementaron 43 acciones de mejora:



Estándar	Acciones de Mejoramiento	Año de la Acción
ESTANDAR 1	<ul style="list-style-type: none"> Establecer canales de sugerencias, quejas o reconocimientos (buzones físicos y plataformas digitales). 	2025
	<ul style="list-style-type: none"> Establecer como función formal del comité de ética hospitalaria la socialización de las PQRSF 	2025
ESTANDAR 3	<ul style="list-style-type: none"> Actualizar el Manual de ética y buen gobierno GGPE-010-009-003; Socializar el Manual de ética y buen gobierno GGPE-010-009-003 	2025
ESTANDAR 4	<ul style="list-style-type: none"> Realizar visitas de verificación periódicas (auditorías internas o conjuntas) a los proveedores externos. Incorporar los servicios tercerizados en el sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente de la organización. 	2025
ESTANDAR 5	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar campañas de sensibilización institucional sobre seguridad y cultura Medir la adherencia a las buenas prácticas en seguridad del paciente. 	2025
ESTANDAR 6	<ul style="list-style-type: none"> Despliegue de la política de seguridad del paciente al personal de la institución. Seguimiento de los reportes de eventos adversos 	2025
ESTANDAR 7	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar al personal de la institución en la política de seguridad del paciente Establecer y promover un sistema de reporte de eventos adversos anónimo y accesible. 	2025
ESTANDAR 8	<ul style="list-style-type: none"> Implementar Guía para reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en Salud. Implementar el protocolo de Higiene y lavado de manos. 	2025
ESTANDAR 11	<ul style="list-style-type: none"> Diseñar y documentar el flujo del ciclo de atención, que incluya: <ul style="list-style-type: none"> Ingreso (recepción, triage si aplica, registro). ❖ Contacto administrativo (afiliación, verificación de derechos, autorizaciones). ❖ Atención asistencial (consulta, procedimientos, exámenes, hospitalización, etc.). 	2025



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES

www.hospitaldeporlasaludambiental.org

	❖ Egreso (alta médica, recomendación, entrega de medicamentos, contra referencia).	
ESTANDAR 15	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar el portafolio de servicios de la institución • Socializar el portafolio de servicios en los diferentes canales de comunicación 	2025
ESTANDAR 19	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización de guías y protocolos de los diferentes subprocesos asistenciales • Disponibilidad y accesibilidad de las guías y protocolos (Plataforma digital interna o sistema de información) 	2025
ESTANDAR 26	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar auditorías periódicas para verificar la revisión de historiales médicos y profesionales de odontología 	2025
ESTANDAR 33	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar la política de Humanización • Socializar la Política de Humanización 	2025
ESTANDAR 40	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar Guía para reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud. • Socialización Guía de Higiene y lavado de manos del personal de la institución 	2025
ESTANDAR 43	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar las guías clínicas de los servicios de urgencias, hospitalización, consulta externa y cirugía de acuerdo a la morbilidad establecida en la vigencia anterior • Realizar auditorías específicas para evaluar la adherencia a las guías clínicas 	2025
ESTANDAR 47	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un sistema periódico de evaluación de historias clínicas y registros asistenciales • Reforzar las capacitaciones al personal asistencial sobre la historia clínica y manejo del Hosvital. 	2025
ESTANDAR 82	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de estado de situación financiera comparativo • Informe de estado resultados comparativo • Publicación de los estados financieros • Avance del Plan anual de adquisición en el periodo 	2025
ESTANDAR 83	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar Seguimiento a indicadores del Sistema de Información para la Calidad (SIC) • Medir la percepción del usuario a través de encuestas de satisfacción 	2025



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES

www.hospital.esporiasaludambiental.org

ESTANDAR 86	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar un documento interno o matriz que describa claramente: El papel del hospital dentro de la red (ej.: puerta de entrada para atención primaria, estabilización de pacientes, referencia a hospitales de mayor nivel). Elaborar un documento interno o matriz que describa claramente: Los servicios que ofrece en función del modelo de red 	2025
ESTANDAR 88	<ul style="list-style-type: none"> Realizar seguimientos periódicos (mensuales o trimestrales) de los planes de mejora para verificar avances y ajustes. Crea la política de operación de mejora continua 	2025
ESTANDAR 92	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar y adoptar una política organizacional de gestión del riesgo Actualizar la Matriz de riesgo Socializar la matriz de riesgos con los líderes de procesos. 	2025
ESTANDAR 94	<ul style="list-style-type: none"> Realizar seguimiento trimestral a la ejecución del plan de desarrollo de la institución. Implementar apoyo específico en las líneas prioritarias de calidad <ul style="list-style-type: none"> ❖ Seguridad del paciente: Financiar campañas, señalización, materiales de barrera, sistemas de reporte de eventos adversos, etc. ❖ Humanización: Proveen recursos para adecuación de espacios, mejora de la señalización. ❖ Gestión del riesgo: Asignar personal responsable del sistema de riesgos, apoyar el desarrollo de matrices de riesgos y su seguimiento. ❖ Gestión de la tecnología: Asegurar el mantenimiento preventivo de equipos biomédicos, y capacitar en su uso adecuado 	2025

- Ejecución del plan de mejora: Se programaron 4 Seguimiento durante los meses de septiembre, Octubre; Noviembre y diciembre.

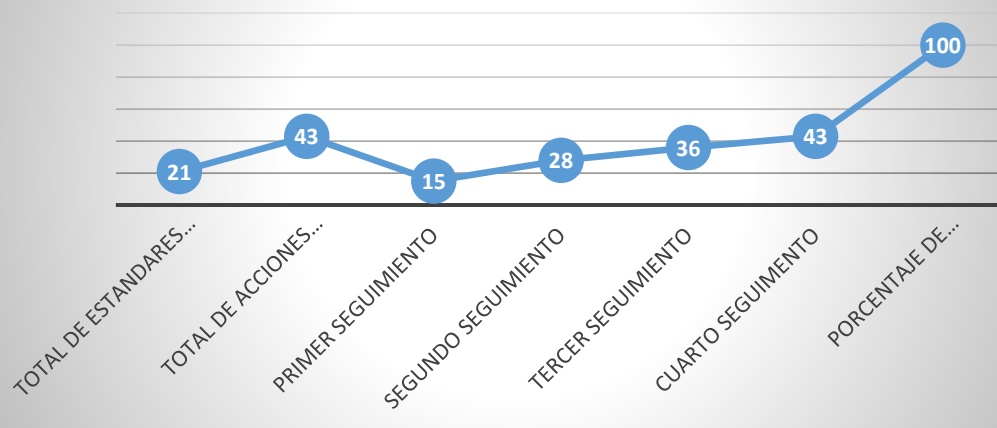
Grupo Estándar	Nro. Estándar	Nro. Acciones	Seg 1	Seg 2	Seg 3	Seg 4
Humanización	1	2	2			
	3	2	2			
Gestión Clínica	4	2	2			
	5	2	2			



Seguridad del Paciente	6	2	2			
	7	2	2			
	8	2	2			
Acceso	11	1	1			
	15	2		2		
Registro E Ingreso	19	2		2		
Planeación de la Atención	26	1		1		
	33	2		2		
	40	2		2		
Ejecución del Tratamiento	43	2		2		
	47	2		2		
Direccionamiento	82	4			4	
	83	2			2	
	86	2			2	
	88	2				2
Gerencia	92	3				3
	94	2				2
Total	21	43	15	13	8	7
Porcentaje de Avance			35%	65%	84%	100%

Total de Estándares Priorizados	21
Total de Acciones programadas	43
Primer Seguimiento	15
Segundo Seguimiento	28
Tercer Seguimiento	36
Cuarto Seguimiento	43
Porcentaje de Cumplimiento	100

Seguimiento Plan de Acción PAMEC



Evaluación del Plan de Acción

1. Indicador Nro. 2 (Resolución 408 de 2018)

Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud

Formula del Indicador

Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.

Número de acciones de mejora Ejecutadas	Número de acciones de mejoramiento programadas
43	43

Resultado: 100%



Aprendizaje Organizacional:

El Aprendizaje Organizacional en la ejecución del PAMEC se toma como una herramienta que permita transformar la información obtenida de las actividades programadas en conocimiento, con la finalidad de mejorar continuamente los procesos institucionales reflejados en la calidad y desarrollo institucional, de esta forma se apuntaron a **43** oportunidades de mejoramiento enfocados en acreditación de los cuales se realizó actualización de procedimientos, guías; Protocolos, manuales; Planes; listas de chequeo y Registros; seguimientos en los indicadores calidad de la Resolución 256 de 2016 y difusión de los derechos y deberes de los usuarios.

Procedimientos

Cirugía (2)

MSCI-PR-017 Procedimiento: Manejo de Control Post Quirúrgico

MSCI-PR-018 Procedimiento: Seguimiento de Complicaciones Post Quirúrgicas.

Urgencias (1)

MSUR-PR-024 Procedimiento Trauma Cráneo Encefálico

Control Interno (5)

CECI-PR-001 Seguimiento Gestión Administrativa

CECI-PR-002 Informes Reglamentarias de Control Interno

CECI-PR-003 Seguimiento Plan de Mejoramiento Institucional

CECI-PR-004 Auditorías Internas - Control Interno

CECI-PR-005 Procedimiento de Riesgos institucionales

Gestión Jurídica (6)

GGGJ-PR-001 Asesoría Jurídica

GGGJ-PR-002 Realización y Legalización de Contratos por Venta de Servicios

GGGJ-PR-003 Procedimiento: Control de Contratación de Bienes y Servicios

GGGJ-PR-004 Procedimiento: Supervisión/Interventorías

GGGJ-PR-005 Procedimiento: Gestión Convenio Relación Docencia – Servicio

GGGJ-PR-007 Procedimiento: de Perfeccionamiento y Legalización de Contratos

Gestión Administrativa (5)

GAGA-PR-023 Selección, Adquisición de Productos y Servicios con Aspectos en Seguridad y Salud en el Trabajo



GAGA-PR-024

GAGA-PR-025

GAGA-PR-026

GAGA-PR-027

Procedimiento: incapacidades

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Riesgo Cardiovascular (Seguridad y Salud en el Trabajo)

Identificación de Peligros y Valoración de Riesgos Viales

Procedimiento Objetivos y Metas del Pesv



Información y Comunicación (10)

GAIC-PR-002

Procedimiento: Manejo de Comunicaciones Oficiales

GAIC-PR-003

Procedimiento: Manejo de Historias Clínicas

GAIC-PR-005

Procedimiento: Recolección, Procesamiento y Análisis de Datos

GAIC-PR-006

Procedimiento: Administración de la Capacidad Informática

GAIC-PR-007

Procedimiento: Gestión de la Comunicación

GAIC-PR-008

Procedimiento Plan de Contingencia

GAIC-PR-009

Procedimiento: Documento Base para Plan de Continuidad del Negocio

GAIC-PR-010

Procedimiento Implementación de las Tablas de Retención Documental

GAIC-PR-011

Procedimiento: Disposición Final de los Documentos

GAIC-PR-012

Procedimiento: Habeas Data

Control Interno Disciplinario (1)

CECD-PR-001

Investigación Disciplinaria

Seguridad del Paciente (1)

MSSP-PR-006

Procedimiento Uso y Reusó de Dispositivos Médicos

Políticas

Enfermería (2)

MSEN-PO-002

Política Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (Aiepi)

MSEN-PO-003

Política Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral (Iamii)

Control Interno (1)

CECI-POL-001

Políticas de Operación

Gestión Jurídico (1)

GGGJ-POL-001

Políticas de Operación Gestión Jurídica

Gestión Financiera (2)

GAGF-PO-001

Políticas Contables Para el reconocimiento, Medición,



GGGU-PO-001

Revelación y Presentación de los Resultados Económicos del Hospital La Esperanza de Yumbo
Política de Humanización



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Información y comunicación (2)

GAIC-PO-001 Política Institucional de Renovación Tecnológica
GAIC-POL-001 Políticas de Operación

Control Interno Disciplinario (1)

CECD-POL-001 Políticas de Operación

Protocolo

Cirugía (5)

MSCI-PT-019 Protocolo Manejo de Complicaciones Intra Quirúrgicas
MSCI-PT-021 Protocolo: Manejo de Control Post Quirúrgico
MSCI-PT-022 Protocolo de Egreso del Paciente Quirúrgico
MSCI-PT-023 Protocolo de Ingreso del Paciente a Cirugía
MSCI-PT-024 Protocolo de Profilaxis Antimicrobiana

Urgencias (2)

MSUR-PT-038 Protocolo de Atención con Enfoque Diferencial
MSUR-PT-039 Protocolo Dolor Lumbar

Hospitalización (2)

MSHP-PT-005 Protocolo Indicaciones y Técnica de la Episiotomía y Episiorrafia
MSSP-PT-002 Protocolo Minimización de Fugas de Pacientes

Plan de control

Control Interno (1)

CECI-PC-001 Plan de Control de Calidad

Gestión Jurídico (1)

GGGJ-PC-001 Plan de Control de Calidad

Información y Comunicación (1)

GAIC-PC-001 Plan de Control de Calidad



Control Interno Disciplinario (1)

CECD-PC-001 Plan de Control de Calidad

Guías

Cirugía (1)

MSCI-GU-003 Guía de Transfusión

Urgencias (1)

MSUR-GU-044 Guía para Cefalea

Hospitalización y Partos (1)

MSHP-GU-029 Guía de Infecciones de Piel y Tejidos Blandos

Información y comunicación (1)

GAIC-GU-001 Guía Para la Elaboración y Control de Documentos

Instructivo

Enfermería (1)

MSEN-IN-006 Instructivo Atención en las Rutas Integrales de Atención Promoción y Mantenimiento de la Salud – Resolución 3280 De 2018 (Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad)

Gestión Jurídico (1)

GGGJ-IN-001 Instructivo: Criterios para la Selección de Abogados Internos y Externos Encargados de la Defensa de los Intereses Judiciales

GGGJ-IN-002 Instructivo Para la Elaboración de la Justificación de Modificación al Contrato Principal

Información y Comunicación (9)

GAIC-IN-001 Instructivo para la Transferencia de Archivos

GAIC-IN-002 Instructivo para la Organización del Archivo Central y del Archivo Histórico

GAIC-IN-003 Instructivo para la Organización de Archivos de Gestión

GAIC-IN-005 Instructivo para el Servicio de Correspondencia Externa e Interna

GAIC-IN-007 Instructivo del Formato Único de Inventario Documental

GAIC-IN-008 Instructivo de Diligenciamiento de Formato Único de Referencia y Contra referencia

GAIC-IN-009 Instructivo de Foliación Documental

GAIC-IN-010 Instructivo Formato de Hoja de Control del Expediente



GAIC-IN-011 Instructivo Solicitud de Consulta, Préstamo y Fotocopia de Documentos



Miembro de la Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Caracterización

Control Interno (1)

CECI-CA-001 Caracterización Control Interno

Gestión Jurídico (1)

GGGJ-CA-001 Caracterización Proceso/Subproceso/Gestión Jurídica

Información y comunicación (1)

GAIC-CA-001 Caracterización Gestión de la Información y la Comunicación

Control Interno Disciplinario (1)

CECD-CA-001 Caracterización Proceso/ Subproceso/ Control Interno Disciplinario

Manual

Gestión Administrativa (1)

GAGA-MA-006 Manual de Uso y Seguridad del Área de Juegos Infantiles Sst

Información y Comunicación (1)

GAIC-MA-002 Manual Para el Uso de Computadores

Mapa de Riesgos (2)

CECI-MR-001 Mapa de Riesgos y Oportunidades

CECI-MR-002 Mapa de Riesgos y Oportunidades

Vale la pena resaltar el compromiso del personal en el logro de las actividades, ya que se considera que a pesar del corto tiempo se logró cumplir en gran parte con las oportunidades planificadas, de las 48 acciones de mejora de los 21 Estándares priorizados de mejora programadas se ejecutaron en su totalidad 43 acciones que equivale a un 100%.

SEGUIMIENTO, ANÁLISIS DE CAUSAS Y CIERRE DE NO CONFORMIDADES.

En la vigencia 2025 se presentaron 7 No conformidades, todas con sus respectivos análisis de causa, y evidencia de acción correctiva.

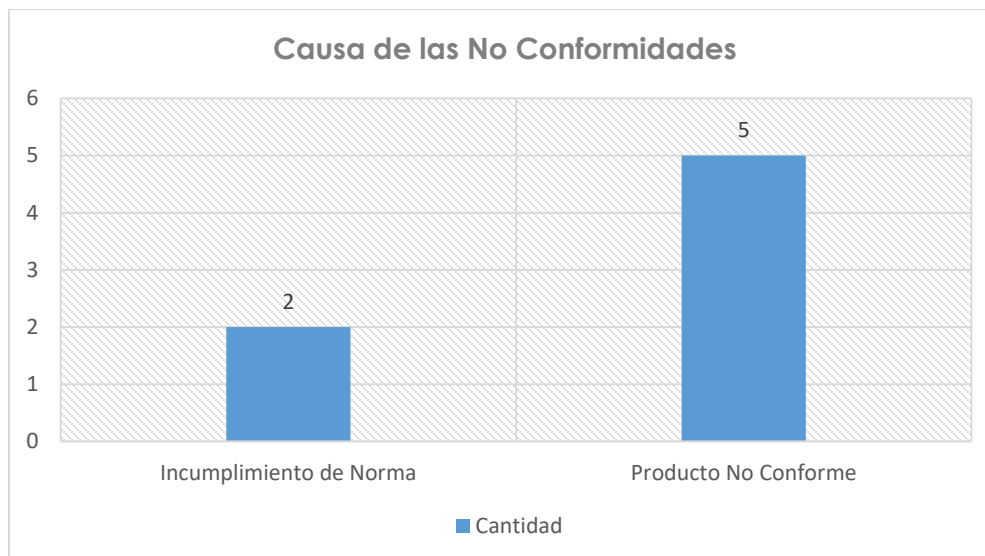
A continuación, relaciono los subprocesos que presentaron no conformidades en la vigencia:



Servicio	Cantidad
Farmacia	6
Historias Clínicas	1

Principales causas de las No conformidades:

Causa de la No conformidad	Cantidad
Incumplimiento de Norma	2
Producto No Conforme	5



REPORTE APERTURA Y CIERRE DE NOVEDADES DE HABILITACIÓN

- Se realizó Apertura de capacidad instalada de 1 Ambulancias Básicas de fecha 14 de febrero de 2025, de placas:
 - ♣ OCL998
- Se realizó la Apertura del Puesto de salud del Barrio san Jorge el 14 de abril de 2025 que prestara los siguientes servicios:



- ♣ Medicina General
- ♣ Odontología
- ♣ Toma de muestras de Cuello Uterino
- ♣ Enfermería

- Se realizó cierre temporal de los servicios de los siguientes puestos de salud en el REPS de fecha 03 de Julio de 2025:

- ♣ Puesto de salud Bellavista
- ♣ Puesto de salud La Estancia
- ♣ Puesto de salud Mulalo
- ♣ Puesto de salud Las cruces

- Se realizó la actualización del portafolio de servicios y Autoevaluación de servicios de acuerdo a la Resolución 3100 de 2019, el 03 de Julio de 2025, de la Sede principal Hospital la Buena Esperanza de Yumbo E. S.E. y de los siguientes puestos de salud:

- ♣ Puesto de salud Bellavista
- ♣ Puesto de salud Guacanda
- ♣ Puesto de salud La Estancia
- ♣ Puesto de salud San Marcos
- ♣ Puesto de salud Mulalo
- ♣ Puesto de salud Las cruces
- ♣ Puesto de salud Las Américas

- Se realizó cierre Definitivo de la sede: puesto de salud Las Américas en el REPS de fecha 16 de octubre de 2025:

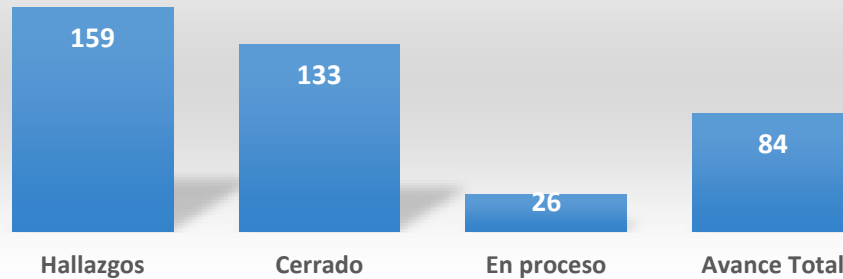
AUDITORÍAS EXTERNAS.

Durante la vigencia 2025 se recibieron 24 visitas auditorías externas de la: EPS Asmet Salud; Coosalud; Nueva EPS; Comfenalco; ASI; Fomag; Salud Total; Sanitas; Secretaria de Salud Municipal; Secretaria de Salud Departamental; Adres; Laboratorio del Valle.

Planes de Mejoramiento de las Auditorías Externas



Planes de Mejora 2025



Hallazgos	Cerrado	En Proceso	Avance Total
159	133	26	84

ICONTEC

El Hospital la Buena Esperanza de Yumbo E.S.E, recibió la Auditoría seguimiento de la certificación en calidad de la ISO 9001:2015 por parte de Icontec durante los días agosto 26; 27 y 28 de 2025, Logrando Mantener la Certificación del Sistema Gestión de Calidad.

Quedando en esta vigencia con 4 No conformidades:

No conformidad 1: Durante el recorrido en la auditoría se evidenció, que en el servicio de TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS, está asignada la Auxiliar de Enfermería identificada con c.c. XXXX8058, sin cumplir el lineamiento técnico aplicable del orden nacional (TOMA DE MUESTRAS DE CITOLOGÍAS CÉRVICO-UTERINAS: Médico general, enfermera, bacteriólogo o citohistotecnólogo).

Requisito de la Norma ISO 9001.2015 Incumplida: Evidencia: La organización no ha asegurado la provisión del servicio bajo condiciones controladas que incluyan:

e) la designación de personas competentes, incluyendo cualquier calificación requerida. Requisito 8.5.1 e).



Acciones de Mejora:

- Actualización del Manual de funciones (Bacteriólogo; Médico Gral; Enfermería) - **Cumplida**
- **Pendiente:** Auditoría de Verificación de personal idóneo en la prestación del servicio

No conformidad 2: Durante el recorrido en la auditoría al proceso de esterilización, en el área de almacenamiento de material estéril, se encontraron 4 paquetes de instrumental quirúrgico correspondientes a cirugías que ya no se realizan en la institución; los cuales no aseguran la condición de esterilidad, protección o control de contaminación de los materiales estériles que allí se mantienen

Requisito de la Norma ISO 9001.2015 Incumplida: Evidencia: La organización no ha asegurado preservar las salidas durante la prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos. Requisito 8.5.4

Acciones de Mejora:

Pendiente:

- Listado de asistencia, Acta de capacitación foto de capacitación.
- Documento de baja de instrumental quirúrgico codificado.
- Planta física con estanterías y señalización.
- Indicador con seguimientos realizados.
- Formato de baja de instrumental quirúrgico.
- Documento de limpieza y desinfección.

No conformidad 3: Para los meses de enero a julio 2025 el promedio de tiempos de respuesta a las quejas está entre 10 a 15 días, incumpliendo con el plazo máximo de 72 horas definido en el procedimiento "medición de la satisfacción del usuario GGGU-PR-002".

Requisito de la Norma ISO 9001.2015 Incumplida: Evidencia: Cuando ocurre una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización no ha asegurado: c) implementar cualquier acción necesaria. Requisito 10.2.1 c).

Acciones de Mejora:

- Procedimiento Ajustado "Medición de la Satisfacción del usuario GGGU-PR-002" - **Cumplida**
- Lista de asistencia de la socialización del procedimiento "Medición de la Satisfacción del usuario GGGU-PR-002" - **Cumplida**
- Matriz de reporte de PQRSF - **Cumplida**



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitaldeyumbo.gov.co
www.resporlasaludambiental.org

No conformidad 4: Para los siguientes servicios que no se prestan el presente año en la Sede 3: Calle 15 Carrera 2 esquina Barrio Guacanda.

Los servicios aún están activos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS:

Valle del cauca YUMBO 7689204073 05 PUESTO DE SALUD BARRIO GUACANDA

712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO DHSS0173148

749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS DHSS0173149

Requisito de la Norma ISO 9001.2015 Incumplida: Evidencia: La Organización no ha informado a ICONTEC en un plazo máximo de quince (15) días contados a partir de la ocurrencia de alguna de las siguientes situaciones, las cuales pueden implicar modificaciones al sistema de gestión y/o alcance de la certificación:

e.) Cambios en el alcance de las operaciones bajo el sistema de gestión certificado. R-PS-007 Versión 01 Requisito 4.13 e)

Acciones de Mejora:

- Cierre Temporal de los Servicios Vacunación; Toma de muestras de laboratorio y Toma de muestras de cuello uterino; - **Cumplida**
- **Pendiente** Plan de contingencia de atención de usuarios de la subgerencia científica

PLAN DE DESARROLLO

El desarrollo del balance de resultados y la gestión Institucional del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo se enmarca en 5 objetivos institucionales que cubren los procesos de Control y evaluación, Gestión Gerencial, Gestión misional y Gestión de apoyo; De igual forma nuestro plan de acción cruza líneas estratégicas con los planes de desarrollo Nacional y Departamental, a continuación, se describe la transversalidad por objetivo.

El desarrollo de esta actividad incluyo la revisión, análisis y formulación del Plan de Desarrollo Institucional debido al cambio el periodo legislativo, este análisis aplico los planes Nacionales, Departamentales y Municipales, definiendo su transversalidad con el Plan de Desarrollo Institucional del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, producto de este ejercicio se formuló documento de ruta por 4 años, acompañado de su herramienta de medición que incluye la ponderación de los 5 objetivos estratégicos de la entidad.



	OBJETIVO ESTRATEGICO	PONDERADO
1	PROMOVER LA ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA	10%
2	CONTINUAR SIENDO AUTO SOSTENIBLE FINANCIERAMENTE CON ENFASIS EN LA RENTABILIDAD SOCIAL	15%
3	GENERAR SERVICIOS EFICACES EN CUMPLIMIENTO DE LAS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES	40%
4	POTENCIAR EL DESARROLLO ADMINISTRATIVO A PARTIR DE LA INNOVACION Y LA GESTION DEL CONOCIMIENTO	15%
5	FORTALECER LA CAPACIDAD OPERACIONAL, TECNICA Y LOGISTICA DEL HOSPITAL	20%

Objetivo Estratégico:

- PROMOVER LA ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA**

La ejecución de las acciones enmarcadas en el objetivo estratégico se orienta al mejoramiento continuo de las actividades en salud, generando condiciones de seguridad y la gestión de procesos de dignidad y respeto por el usuario y su familia.

Plan de Desarrollo Nacional: Determinantes sociales en el marco del modelo preventivo y predictivo

Plan de Desarrollo Departamental: Inspección, vigilancia y control de la prestación del servicio de salud.

Plan de Desarrollo Municipal: Inspección, vigilancia y control

- CONTINUAR SIENDO AUTO SOSTENIBLE FINANCIERAMENTE CON ENFASIS EN LA RENTABILIDAD SOCIAL**

La ejecución de las acciones enmarcadas en el objetivo estratégico se orienta al mantenimiento del equilibrio financiero de la entidad y generar sostenibilidad económica para soportar los ambientes administrativos y / o asistenciales

Plan de Desarrollo Nacional: Sostenibilidad de los recursos en salud (Hacia un sistema de salud garantista, universal, basado en un modelo de salud preventivo y predictivo)

Plan de Desarrollo Departamental: Aseguramiento y prestación integral de servicios de salud.



Plan de Desarrollo Municipal: Inspección, vigilancia y control

- **GENERAR SERVICIOS EFICACES EN CUMPLIMIENTO DE LAS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES**

La ejecución de las acciones enmarcadas en el objetivo estratégico se orienta al cumplimiento de las expectativas y necesidades de los usuarios y sus familias en lo referente a las actividades de salud que oferta el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo.

Plan de Desarrollo Nacional: Acceso equitativo a medicamentos dispositivos médicos y otras tecnologías

Plan de Desarrollo Departamental: Prevención y Promoción en Salud, Salud y protección social, Inspección, vigilancia y control de la prestación del servicio de salud.

Plan de Desarrollo Municipal: Salud Pública

- **POTENCIAR EL DESARROLLO ADMINISTRATIVO A PARTIR DE LA INNOVACION Y LA GESTION DEL CONOCIMIENTO**

La ejecución de las acciones enmarcadas en el objetivo estratégico se orienta al fortalecimiento del desarrollo administrativo del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, dando cumplimiento a los requerimientos administrativos y de operación que exigen las entidades que regulan la operación de nuestra entidad y en la búsqueda del avance y afianzamiento de una cultura de servicio.

Plan de Desarrollo Nacional: Más gobernanza y gobernabilidad, mejores, sistemas de información en salud

Plan de Desarrollo Departamental: Inspección, vigilancia y control de la prestación del servicio de salud, Salud y protección social.

Plan de Desarrollo Municipal: Salud Pública, Inspección, vigilancia y control

- **FORTALECER LA CAPACIDAD OPERACIONAL, TECNICA Y LOGISTICA DEL HOSPITAL**

La ejecución de las acciones enmarcadas en el objetivo estratégico se orienta al fortalecimiento de nuestra capacidad operacional en cuanto al funcionamiento de los ambientes administrativos y / o asistenciales.



Resalta la importancia de este objetivo por ser en el cual se encuentra la meta de Gestionar la viabilidad técnica, administrativa y financiera para la construcción del Nuevo Hospital dentro del programa de fortalecimiento de la infraestructura Hospitalaria

Plan de Desarrollo Nacional: Colombia como territorio saludable con APS a partir de un modelo preventivo y predictivo,

Plan de Desarrollo Departamental: Aseguramiento y prestación integral de servicios de salud.

Plan de Desarrollo Municipal: Aseguramiento y prestación integral de servicios de salud.

No.	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	% de Asignación por objetivo	% logro por objetivo	Total de acciones programadas	Total de acciones ejecutadas	Observaciones
1	PROMOVER LA ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA	10%	10%	5	5	
2	CONTINUAR SIENDO AUTO SOSTENIBLE FINANCIERAMENTE CON ENFASIS EN LA RENTABILIDAD SOCIAL	15%	14.3%	7	6.5	Fortalecer centro de Costos
3	GENERAR SERVICIOS EFICACES EN CUMPLIMIENTO DE LAS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES	40%	40%	28	28	
4	POTENCIAR EL DESARROLLO ADMINISTRATIVO A PARTIR DE LA INNOVACION Y LA GESTION DEL CONOCIMIENTO	15%	15%	30	30	
5	FORTALECER LA CAPACIDAD OPERACIONAL, TECNICA Y LOGISTICA DEL HOSPITAL	20%	20%	10	10	
TOTAL DE ACCIONES		100%	99%	80	79.5	

REPORTES OBLIGATORIOS POR EL HOSPITAL:

Reporte de Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA

Se ha creado para realizar la notificación en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la



salud de la población colombiana, con el fin de implementar las políticas y la planificación en salud pública.



Tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud Optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones.

Racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

Durante el 2025 se notificó al SIVIGILA un total de 8.088 casos de eventos de interés en salud pública, de los cuales la mayor participación la tienen las Enfermedades Respiratorias con 7952 casos, seguido de Enfermedades Diarreicas con 6100 casos.

Reporte de Registro Único de Afiliaciones (RUAF)

En el marco del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, EL Ministerio de la Protección Social desarrolló el Registro Único de Afiliados – RUAF, del cual hace parte el módulo de nacimientos y defunciones. Así mismo, de manera conjunta con el DANE, se rediseñó el mejoramiento tecnológico del sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales, que trasciende del diligenciamiento de los certificados de nacido vivo y de defunción en físico, a la gestión en tiempo real de las certificaciones en medios magnéticos, buscando reducir de manera significativa el tiempo de obtención, análisis y producción estadística de datos de los hechos vitales de nacimientos y defunciones.

Hasta la fecha las defunciones que ha registrado el hospital son 605 y los nacimientos son 14.

Reporte del Resolución 256 de 2016, Indicadores de Calidad

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 256 de 2016 dicta las disposiciones del Sistema de Información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

El objetivo de esta resolución es fortalecer el Sistema de Información de Calidad existente que esté acorde con los cambios al SGSSS en la Ley 1438 de 2011, por los cual deroga la Resolución 1446 de 2006.

Con el Sistema de Información para la Calidad en Salud se espera que mediante indicadores se evalúe el desempeño y resultados de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que permita brindar una información objetiva a los ciudadanos para garantizar su derecho a la libre elección de los prestadores de salud y aseguradores.



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitaldeyumbo.gov.co
www.resporlasaludambiental.org

Ámbito de aplicación La Resolución 256 de 2016 aplica para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, Entidades Departamentales, Municipales y Distritales de Salud, el Instituto Nacional de Salud – INS y el Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo.

Reporte de Información

El monitoreo de la calidad en salud, se hará mediante un enfoque sistemático que presenta un conjunto de indicadores trazadores agrupados en los dominios de efectividad, seguridad, gestión de riesgo y experiencia de la atención, presentes en los anexos 1,2 y 3 de la presente resolución (256 de 2016).

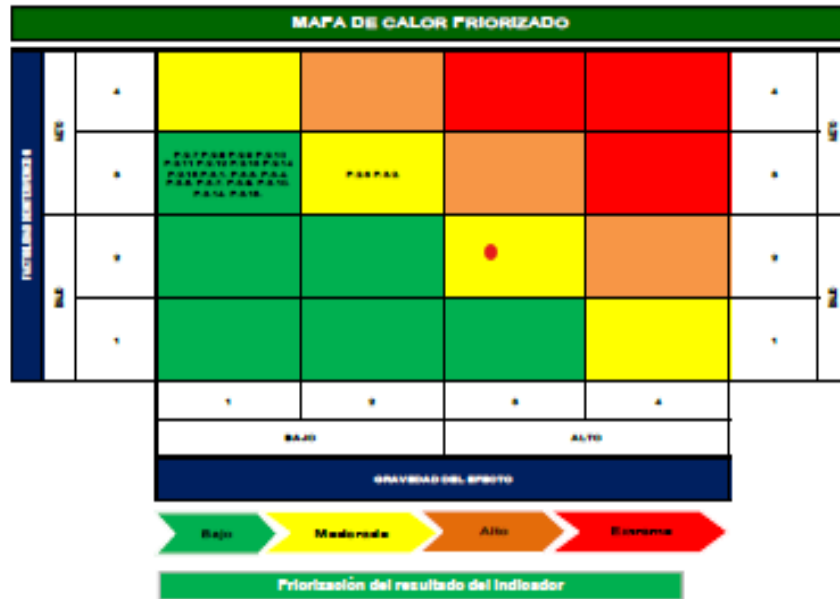
Las EAPB, Instituciones Prestadoras de Salud y de las de Servicio de Transporte Especial, harán el reporte de la información de los anexos 2 y 3 a través de la plataforma PISIS del SISPRO. Al igual, que el INS y la Cuenta de Alto costo quienes deberán remitir el reporte de información del anexo 1



No	DOMINIO	CODIGO	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	TOTAL AÑO	
31	SEGURIDAD	P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo.	3,00	2	1
				Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.		1.489	
32		P.2.7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo.	1,00	3	0
				Total de personas atendidas en urgencias en el periodo		48.513	
33		P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo.	1,00	2	0
				Total de personas atendidas en consulta externa		41.240	
34		P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica que	1,00	0	0
				Total de personas atendidas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.		130.281	
35		P.2.10	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización.	1%	0	0%
				Total de egresos de hospitalización		570	
36		P.2.11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias.	1%	5	0%
				Total de personas atendidas en urgencias.		49.278	
37		P.2.12	Tasa de úlceras por presión	Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo	1,00	0	0
				Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización		1.162	
38		P.2.13	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas.	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el	1%	2	0%
	Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en el periodo				38.750		
39	P.2.14	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, en el mismo día de egreso de	1,00	0	0	
			Número total de egresos vivos en el periodo		570		
40	P.2.15	Proporción de cancelación de cirugía	Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución	1%	0	0%	
			Número total de cirugías programadas		67		



No	DOMINIO	CODIGO	INDICADOR	META	TOTAL AÑO	
41	EXPERIENCIA EN LA ATENCION	P.3.1	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	3	25.870	2,44
					10.597	
42		P.3.2	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología	3	1.483	2,63
					563	
43		P.3.3	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	15	1.295	5,10
					254	
44		P.3.4	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	5	1.104	3,60
					307	
45		P.3.5	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	8	1.045	5,65
					185	
47	P.3.7	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General	20	1.264	7,90	
				160		
48	P.3.8	Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía	5	733	8,62	
				85		
50	P.3.10	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	30	72.937	17,26	
				4.225		
54	P.3.14	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	90%	1.061	97%	
				1.089		
55	P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	90%	1.066	98%	
				1.089		



Reporte del Decreto 2193 de 2004

Las disposiciones contenidas en el presente decreto tienen por objeto establecer las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional, las cuales serán de aplicación y obligatorio cumplimiento para las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud. Artículo 2°. Entidades responsables del reporte de información. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud deben presentar a la respectiva dirección departamental de salud la información que conjuntamente soliciten el Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación, en los instrumentos y bajo los procedimientos que para tal fin definan conjuntamente estas dos entidades. Las direcciones departamentales y distritales de salud deben consolidar, validar y presentar la información remitida por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, a la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social y a la Dirección de Desarrollo Social del Departamento Nacional de Planeación, dentro de los plazos definidos en el presente decreto.

Se realiza reporte de producción y de los indicadores de Calidad, la frecuencia del reporte es trimestral periodo 2025.



SC 4469-1

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
SECRETARIA DE SALUD

CUADRO DE MANDO INTEGRAL
MENU PRINCIPAL

HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA E.S.E.

2025

INICIO

GOBERNACIÓN Departamento del Valle del Cauca Secretaría de Salud

paraiso de todos

PRODUCCION - SEGUIMIENTO Y DIGITACION

- FORMULARIO DE DIGITACION MENSUAL
- FORMULARIO DE DIGITACION TRIMESTRAL
- METAS ANUALES
- CUMPLIMIENTO
- VARIACIONES
- TENDENCIAS
- CANALES DE PRODUCCION

SEGUIMIENTO MENSUAL DE PRODUCCION

- AMBULATORIOS
- HOSPITALARIOS
- QUIRURGICOS
- SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
- SEMAFORIZACION
- EFICIENCIA HOSPITALARIA

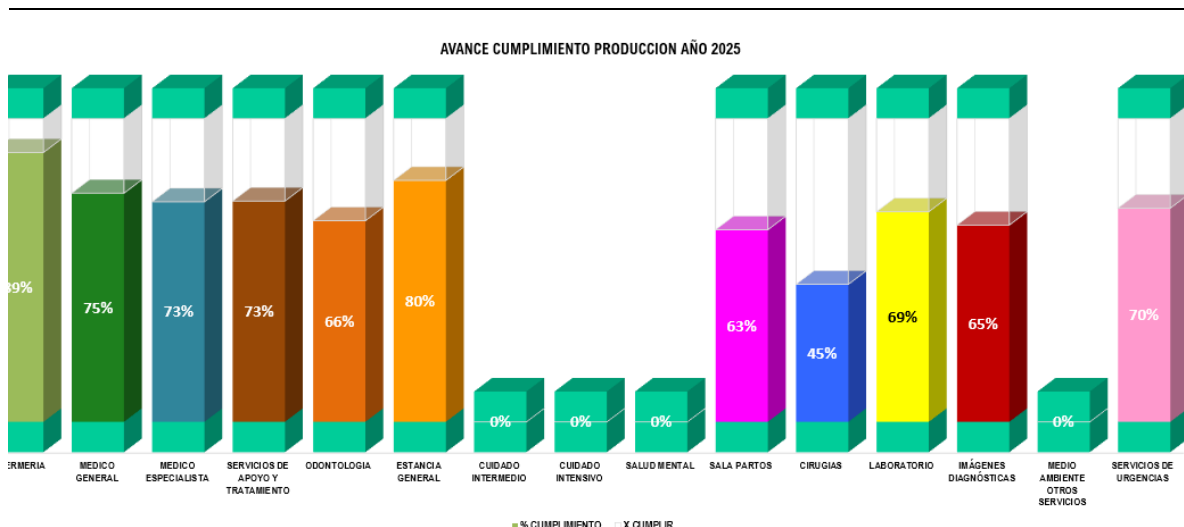
GENERALIDADES Y OTROS

- MUNICIPIO -ESE
- CAPACIDAD INSTALADA
- IWR
- TABLAS DE SALIDA
- PRODUCCION POR REGIMENES
- FRECUENCIA DE USO

INDICADORES DE CALIDAD

2025

EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

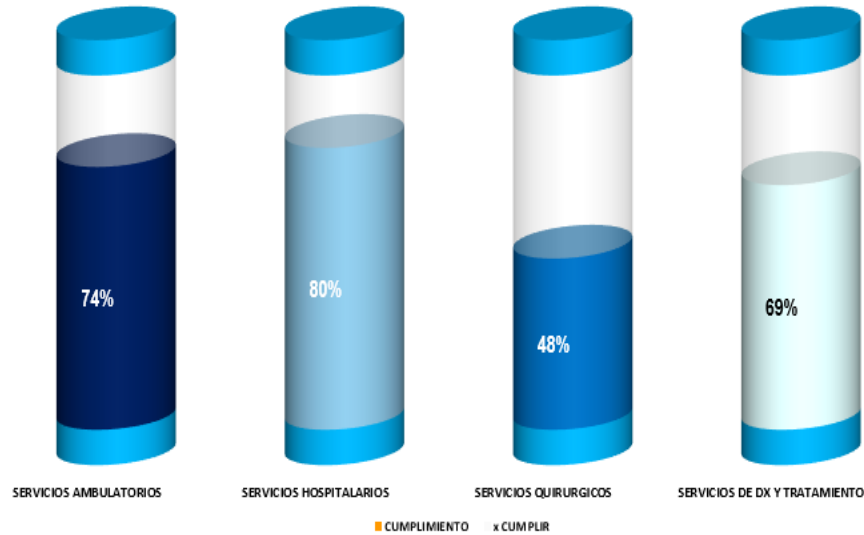


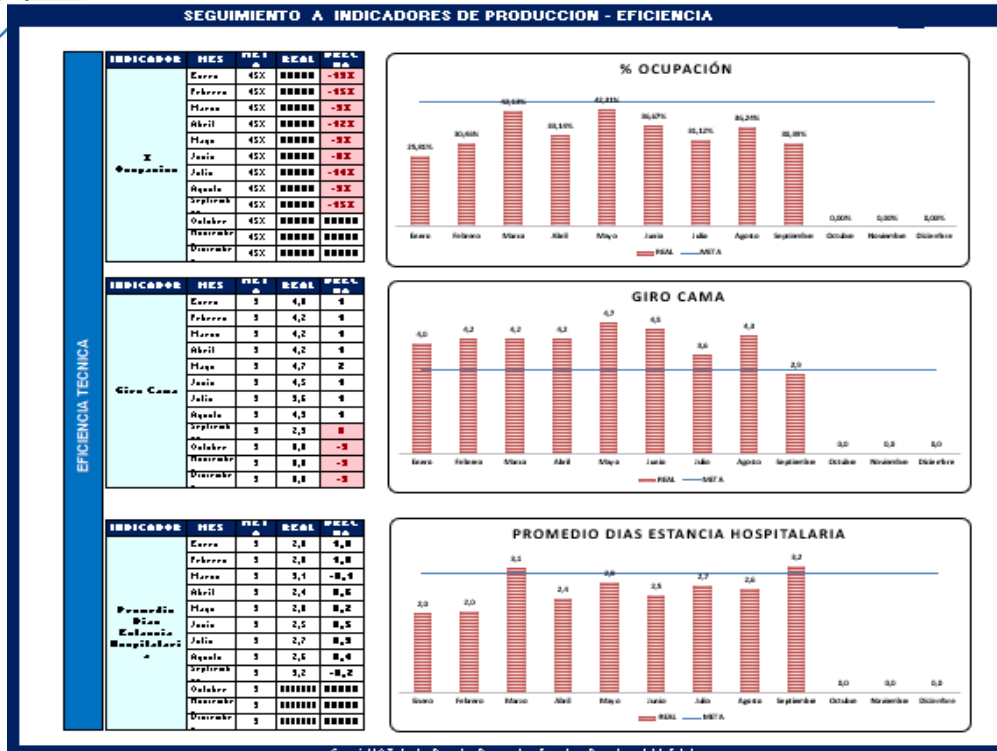


DATOS DE PRODUCCIÓN

CODIGO	CONCEPTO	META ANUAL	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	ACUMULADO
1	ENFERMERIA	13.650	2.329	4.271	5.525	0	12.125
2	MEDICO GENERAL	50.000	8.122	13.525	16.047	0	37.694
3	MEDICO ESPECIALISTA	13.000	2.078	3.375	3.979	0	9.432
4	SERVICIOS DE APOYO Y TRATAMIE	20.560	4.954	3.942	6.070	0	14.966
5	ODONTOLOGIA	4.110	252	658	1.815	0	2.725
6	ESTANCIA GENERAL	2.000	503	579	510	0	1.592
7	CUIDADO INTERMEDIO	0	0	0	0	0	0
8	CUIDADO INTENSIVO	0	0	0	0	0	0
9	SALUD MENTAL	0	0	0	0	0	0
10	SALA PARTOS	30	6	5	8	0	19
11	CIRUGIAS	150	14	16	38	0	68
12	LABORATORIO	150.000	30.216	34.536	39.170	0	103.922
13	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	26.000	2.080	7.147	7.642	0	16.869
14	MEDIO AMBIENTE OTROS SERVICIO	0	0	0	0	0	0
15	SERVICIOS DE URGENCIAS	55.000	4.789	16.000	17.961	0	38.750

CUMPLIMIENTO X UNIDADES FUNCIONALES - PRODUCCION





Reporte de Indicadores DARUMA

Se cuenta con indicadores de eficacia, eficiencia, efectividad, oportunidad, satisfacción del usuario, cumplimiento a requisitos, indicadores de seguridad, indicadores de productividad, indicadores de calidad.

Los indicadores en el 2025 nos permitieron controlar parcialmente el comportamiento de factores críticos en la ejecución de planes y procesos de la entidad.

En el Hospital se encuentran diseñados 97 indicadores que fueron construidos a partir del direccionamiento estratégicos y se encuentran en la caracterización de los procesos y su medición periódica permite establecer el grado de avance o logro de los objetivos trazados y de los resultados del proceso, en relación con los productos y servicios que este genera para los usuarios o las partes interesadas.

Están definidas las variables, las unidades de medida y las metas frente a los cuales fueron medidos la gestión del proceso, el desempeño de los servidores, los riesgos que afectan las operaciones, la gestión de la entidad y el impacto entregado a los usuarios o partes interesadas.



Están definidos los valores máximos o mínimos que permiten mantener el indicador en condiciones de control.

Desde el mes de noviembre del 2025 que iniciamos el seguimiento de los indicadores encontramos que tan solo el 95% de los mismos era diligenciado para el ingreso de datos.

Lista de indicadores activos

Id	Tipo	Nombre	Abr	Áreas	Procesos	Tendencia	Meta nominal	Último valor capturado	Valor consolidado
24	E	% DE CUMPLIMIENTO PLAN DE ADQUISICIONES	%DCPDA	1	1	↑	85,00	59,99	59,99
96	ER	% DE ENTREGA OPORTUNA DE HISTORIAS CLÍNICAS SOLICITADAS	%DEODHCS	1	1	↑	90,00	100,00	100,00
135	ER	% DE FALLOS DE PROCESOS DISCIPLINARIOS	%DFDPD	1	1	↑	90,00	0,00	0,00
37	E	% DE HISTORIAS CLÍNICAS MÉDICAS EVALUADAS UBICADAS EN LOS RANGOS DE ACEPTACION	%DHCMELURDA	1	1	↑	80,00	98,00	98,00
143	ER	% DE OPORTUNIDAD EN LA EJECUCION DE CONTRATOS	%DOLEDC	1	1	↑	85,00	2,27	2,27
144	ER	% DE OPORTUNIDAD EN LA EJECUCION DE RESPUESTA DE TUTELA	%DOLEDRDT	1	1	↑	100,00	100,00	100,00
17	E	% DE PACIENTES CONTROLADOS ODONTOLÓGICOS	%DPCO	1	1	↑	60,00	75,00	75,00
134	E	% DE PROCESOS DISCIPLINARIOS APERTURADOS	%DPDA	1	1	↑	95,00	0,00	0,00
77	ER	% DE RECAUDO	%DR	1	1	↑	70,00	81,73	81,73
64	ER	% DE SOLICITUDES ATENDIDAS DENTRO DEL ESTANDAR	%DSADDE	1	1	↑	10,00	75,76	75,76
149	ER	% DE SOLICITUDES DE ENVÍO ATENDIDAS DURANTE UN PERIODO	%DSDEADUP	1	1	↑	90,00	100,00	100,00
97	E	% EFECTIVIDAD EN RADICACIÓN DE FACTURAS	%EERDF	1	1	↑	80,00	28,62	28,62
139	ER	% EJECUCION DE ACTIVIDADES PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIA	%EDAPLYADE	1	1	↑	90,00	100,00	100,00
128	ER	% EVALUACIÓN DE CALIDAD DE REGISTRO Y ADHERENCIA A GUÍAS CLÍNICAS CRECIMIENTO Y DESARROLLO	%DCDRYAAGCCYD	1	1	↑	80,00	100,00	100,00

Id	Tipo	Nombre	Abr	Áreas	Procesos	Tendencia	Meta nominal	Último valor capturado	Valor consolidado
22	E	% CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE PEDIDOS	%CELEDP	1	1	↑	80,00	93,09	93,09
38	E	% DE ADHESIÓN A GUÍAS.	%DAAG	1	1	↑	80,00	100,00	100,00
70	Efi	% DE CIERRE DE NO CONFORMIDADES	CCON	1	1	↑	65,00	80,00	80,00
27	E	% DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE INFRAESTRUCTURA	%DCDPMPDI	1	1	↑	90,00	94,67	94,67
23	E	% DE PROVEEDORES REEVALUADOS EN EL RANGO DE ACEPTACIÓN	PRR	1	1	↑	80,00	100,00	100,00
21	E	% RECONSULTAS EN EL SERVICIO URGENCIA	%REESU	1	1	↓	1,00	0,29	0,29
99	Efi	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LAS CIRUGÍAS.	OELRDL	1	1	↑	90,00	0,00	0,00
39	E	OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A GLOSAS ASISTENCIALES	OELRAGA	1	2	↓	15,00	3,99	3,99
63	Efi	TIEMPO PROMEDIO DE ATENCIÓN SOLICITUDES	TPDAS	1	1	↓	3,00	1,00	1,00
146	Ef	% DE INCIDENCIA EN SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	%DIESPEALE	1	1	↓	N.A.	0,00	0,00

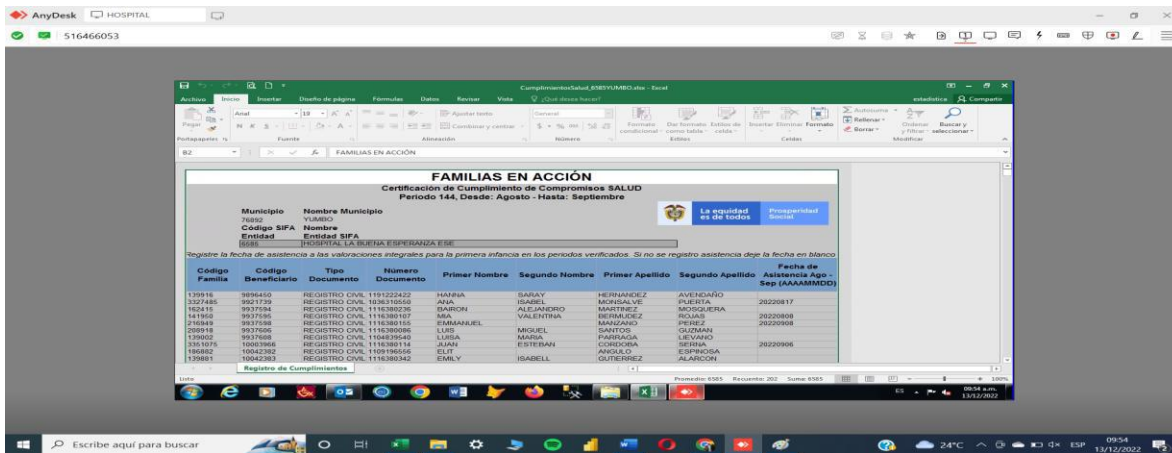
Reporte Mas Familias en Acción

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.
 Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 602 695 9595
 NIT 800030924-0
 YUMBO - VALLE



Más Familias en Acción es el programa de Prosperidad Social que ofrece a todas aquellas familias con niños, niñas y adolescentes menores de 18 años que requieren un apoyo económico para tener una alimentación saludable, controles de crecimiento y desarrollo a tiempo.

Se ha realizado reporte hasta el mes de noviembre de 2025, en la cual fueron 268 niños.



Generación de Reporte de RIPS

Se ha realizado la presentación del informe de los RIPS para la gerencia, de los cuales para esta vigencia a corte van 4 Informe en la vigencia 2025,

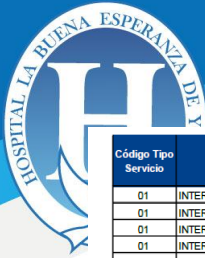
Iten	LAS 10 PRIMERAS CAUSAS DEL SERVICIO AMBULATORIO DEL 2025	Femenino	Masculino	Total general
		Cantidad	Cantidad	
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	4622	1510	6132
2	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE COMPLICACION	1225	410	1635
3	DOLOR EN ARTICULACION	620	346	966
4	OTROS DOLOR EN ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	516	440	956
5	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	650	209	859
6	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACION	714	133	847
7	CEFALEA	511	310	821
8	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	425	374	799
9	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	390	302	692
10	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	351	321	672

Item	LAS 10 PRIMERAS CAUSAS DEL SERVICIO URGENCIA DEL 2025	Femenino	Masculino	Total general
		Cantidad	Cantidad	
1	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	7097	3599	10696
2	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	3254	3394	6648
3	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	2160	2113	4273
4	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1957	1750	3707
5	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	1687	1761	3448
6	DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	1645	1788	3433
7	CONTUSION DEL CODO	1799	526	2325
8	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	912	1322	2234
9	CONTUSION DE LA RODILLA	1258	836	2094
10	COLICO RENAL, NO ESPECIFICADO	1357	667	2024

Item	LAS 10 PRIMERAS CAUSAS DEL SERVICIO INTERNACION DEL 2025	Femenino	Masculino	Total general
		Cantidad	Cantidad	
1	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	585	327	912
2	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	216	541	757
3	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	196	79	275
4	ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	121	112	233
5	CELULITIS DE LA CARA	83	110	193
6	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	101	84	185
7	CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	105	74	179
8	CELULITIS DE LOS DEDOS DE LA MANO Y DEL PIE	87	74	161
9	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	35	124	159
10	DISNEA	65	56	121

Reporte de Capacidad Instalada Institucional

Se realiza actualización de la capacidad instalada de acuerdo a la solicitud de las Entidades Promotora de Salud, las cuales tienen contratación con la institución.



Código Tipo Servicio	Descripción Tipo Servicio	Código Clase Servicio	Descripción Clase Servicio	No. Total de Camas	No. Total de Camas Disponibles para SOS
01	INTERNACION	105	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL		
01	INTERNACION	106	CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO		
01	INTERNACION	107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS		
01	INTERNACION	108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL		
01	INTERNACION	109	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO		
01	INTERNACION	110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS		
01	INTERNACION	120	CUIDADO BÁSICO NEONATAL		
01	INTERNACION	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	12	12
01	INTERNACION	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	5	5
01	INTERNACION	131	HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL		

Código Tipo Servicio	Descripción Tipo Servicio	Código Clase Servicio	Descripción Clase Servicio	No. Total de Salas	No. De Salas Disponibles para SOS	Cantidad de procedimientos a realizar por mes para SOS
02	QUIRÚRGICO	203	CIRUGÍA GENERAL	1	1	0
02	QUIRÚRGICO	208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA			
02	QUIRÚRGICO	210	CIRUGÍA ONCOLÓGICA			
02	QUIRÚRGICO	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA			

Código Tipo Servicio	Descripción Tipo Servicio	Código Clase Servicio	Descripción Clase Servicio	No. Total Profesionales	No. De Horas al mes por especialidad	No. de consultas al mes	No. de consultas al mes para SOS
03	CONSULTA EXTERNA	302	CARDIOLOGÍA				
03	CONSULTA EXTERNA	304	CIRUGÍA GENERAL	1		162	
03	CONSULTA EXTERNA	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA				
03	CONSULTA EXTERNA	308	DERMATOLOGÍA				
03	CONSULTA EXTERNA	310	ENDOCRINOLOGÍA				
03	CONSULTA EXTERNA	310	ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA				
03	CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA				
03	CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBISTEIRIA	1		214	
03	CONSULTA EXTERNA	323	INFECTOLOGÍA				
03	CONSULTA EXTERNA	325	MEDICINA FAMILIAR	1		101	
03	CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL				
03	CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA	1		88	
03	CONSULTA EXTERNA	330	NEFROLOGÍA				
03	CONSULTA EXTERNA	331	NEUMOLOGÍA				
03	CONSULTA EXTERNA	332	NEUROLOGÍA				
03	CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	1		65	
03	CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL				
03	CONSULTA EXTERNA	335	OFTALMOLOGÍA				
03	CONSULTA EXTERNA	338	ONCOLOGÍA CLÍNICA				
03	CONSULTA EXTERNA	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	1		125	
03	CONSULTA EXTERNA	340	OTORRINOLARINGOLOGÍA				
03	CONSULTA EXTERNA	342	PEDIATRÍA	1		238	
03	CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA	2		705	
03	CONSULTA EXTERNA	345	PSQUIATRÍA				
03	CONSULTA EXTERNA	348	REUMATOLOGÍA				
03	CONSULTA EXTERNA	355	UROLOGÍA				
03	CONSULTA EXTERNA	361	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA				
03	CONSULTA EXTERNA	373	CIRUGÍA ONCOLÓGICA				
03	CONSULTA EXTERNA	374	CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA				
03	CONSULTA EXTERNA	384	NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA				
03	CONSULTA EXTERNA	386	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA				
03	CONSULTA EXTERNA	387	NEUROCIURUGÍA				
03	CONSULTA EXTERNA	388	NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA				
03	CONSULTA EXTERNA	396	ODONTOPEDIATRÍA				
03	CONSULTA EXTERNA	409	ORTOPEDIA PEDIÁTRICA				

Código Tipo Servicio	Descripción Tipo Servicio	Código Clase Servicio	Descripción Clase Servicio	Actividades a realizar por mes para SOS
04	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	420	VACUNACIÓN	

Código Tipo Servicio	Descripción Tipo Servicio	Código Clase Servicio	Descripción Clase Servicio	No. Total Profesionales	No. De Horas al mes por Urgencia	No. de consultas al mes	No. de consultas al mes para SOS
05	URGENCIA	1102	SERVICIO DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL				
05	URGENCIA	1102	SERVICIO DE URGENCIAS POR MEDICINA ESPECIALIZADA				

Código Tipo Servicio	Descripción Tipo Servicio	Código Clase Servicio	Descripción Clase Servicio	Actividades a realizar por mes para SOS
07	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	703	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	N
07	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	704	NEUMOLOGIA - FIBROBRONCOSCOPIA	N
07	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	729	TERAPIA RESPIRATORIA	N
07	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	732	CARDIOLOGIA NO INVASIVA	N
07	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	739	FISIOTERAPIA	SI
07	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	740	FONOAUDILOGIA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	SI
07	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES - MAMOGRAFIA	
07	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES - TOMOGRAFIA	
07	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES - RESONANCIA	
07	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	

Código Tipo Servicio	Descripción Tipo Servicio	Código Clase Servicio	Descripción Clase Servicio	No. Total de Salas	No. De Salas Disponibles para SOS	Cantidad de procedimientos a realizar por mes para SOS
08	ATENCIÓN INMEDIATA	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	1	1	12



CONSOLIDADO SATISFACCIÓN GLOBAL PORCENTUAL



A continuación, se visualiza a través de la tabla y la gráfica el consolidado trimestral con su porcentaje de las encuestas de satisfacción global que se ha realizado hasta el mes de diciembre de 2025 en las diferentes áreas de la E.S.E Hospital LA Buena Esperanza de Yumbo.

SATISFACCION GLOBAL 2024 Vs 2025

Mes	2024	2025
Enero	92.42	97.03
Febrero	94.07	94.00
Marzo	95.42	91.60
Abril	94.07	92.26
Mayo	94.57	92,26
Junio	94.16	93.68
Julio	94.17	95.92
Agosto	96.08	98.33
Septiembre	96.09	93.40
Octubre	96.63	93.56
Noviembre	97.64	93.61
Diciembre	97.64	93.58

Análisis:

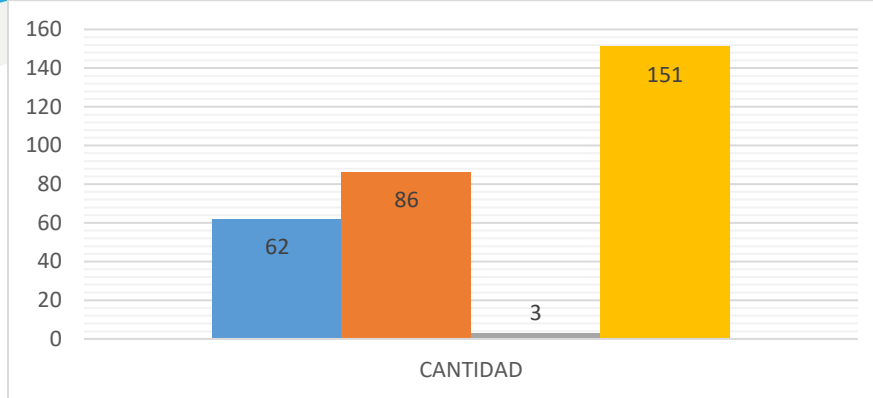
Se indica que para la vigencia 2025 se obtuvo un 92.26%, se verifica que se ha disminuido la satisfacción del usuario en los servicios de la ESE Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, en comparación del año 2024 que se obtuvo un 95.24%.

PQRSDF

Durante la vigencia 2025 se recibieron un total de 151 quejas correspondientes a 86 por oportunidad en la prestación de servicios de salud ofertados; 62 por humanización en la atención de servicios y 3 por solicitud.



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org



Quejas por EPS

El total de quejas por EPS fue de 151, distribuidas de la siguiente forma:

EPS	CANTIDAD
Emssanar	1
Nueva Eps	56
SOS	14
Coosalud	11
Compensar	0
Asmet Salud	46
Comfenalco Valle del Cauca	9
Eps Suramericana S.A.	1
Salud Total Eps-S S.A.	5
Sanitas	3
Aic	1
Sanidad Ejercito	1
Arl Colmena	2
Previsora Soat	1

QUEJAS POR MEDIO DE RECEPCION

El Hospital cuenta con diferentes medios de recepción de quejas para permitirle a nuestros usuarios y familia manifestar sus inquietudes, la recepción de quejas se distribuyó así:



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

MEDIO DE RECEPCION TOTAL PQRSDF

Presencial	62
Correo Electronico	60
Buzon de Sugerencias	26
Solicitudes	3
Total	151

AUDITORIA DE PROVEEDORES

DISCOLMETS S.A.S: se realizó la auditoria de las facturas correspondientes a los meses de dispensación de medicamentos e insumos médicos y odontológicos, de las siguientes facturas.

Mes	Factura No	Valor
Enero 1 al 5 de enero medicamentos y médico quirúrgico	FEC-72377	\$19.077.337
Enero 6 al 31 enero medicamentos y médico quirúrgico	FEC-70745	\$146.508.212
Febrero 1 al 28 febrero medicamentos y médico quirúrgico	FEC-73898 FEC-73897	\$57.526.510 \$94.807.022
Marzo medicamentos y médico quirúrgico	FEC-75189 FEC-75188	\$62.165.704 \$111.354.656
Abril medicamentos y médico quirúrgico	FEC-76704 FEC-76703	\$77.152.268 \$103.952.077
Mayo medicamentos y médico quirúrgico	FEC-78395 FEC-78394	\$74.612.568 \$105.092.389
Junio medicamentos y médico quirúrgico	FEC-79898 FEC-79895	\$77.426.963 \$113.667.741
Julio medicamentos y médico quirúrgico	FEC-81578 FEC-81576	\$58.898.256 \$104.444.890
Agosto medicamentos y médico quirúrgico	FEC-83458 FEC-83457	\$60.782.387 \$58.594.034
Septiembre medicamentos y médico quirúrgico	FEC-84823 FEC-84822	\$65.105.107 \$127.789.403



Octubre medicamentos y
médico quirúrgico



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES v SALUDABLES
orlasaludambiental.org

FEC-86297
FEC-86317

\$65.878.458
\$ 80.248.704

Servicio en Salud Andina: se realizó la auditoria correspondiente a los meses del servicio prestado en Imagenología, de las siguientes facturas.

Mes	Factura	Valor
Enero	• FE-150422	• \$17.360.750
	• FE-150453	• \$54.459.576
Febrero	• FE-151749	• \$9.412.612
	• FE-151750	• \$107.556.992
	• FE-154725	• \$17.360.750
Marzo	• FE-154727	• \$88.242.868
	• FE-154728	• \$12.950.744
	• FE-154725	• \$17.360.750
Abril	• FE-154731	• \$17.360.750
	• FE-154732	• \$5.721.928
	• FE-154733	• \$92.439.006
Mayo	• FEJE-1	• \$17.360.750
	• FEJE-2	• \$5.434.496
	• FEJE-3	• \$102.689.432
Junio	• FEJE-9	• \$17.360.750.
	• FEJE-10	• \$2.480.300
	• FEJE-11	• \$96.106.123
Julio	• FEJE-12	• \$17.360.750
	• FEJE-13	• \$2.347.292
	• FEJE-14	• \$95.195.756
Agosto	• FEJE-19	• \$17.360.750
	• FEJE-20	• \$81.058.061
Septiembre	• FEJE-24	• \$89.512.251
	• FEJE-23	• \$17.360.750
Octubre	• FEJE-27	• \$17.360.750
	• FEJE-28	• \$78.460.203



Asociación de cirugía y actividades conexas y complementaria del Valle Del Cauca (ASCIVAL): Se realizó la auditoria de las facturas correspondientes a los meses del servicio de las consultas especializadas y procedimientos, de las siguientes facturas:

Mes	Factura	Valor
Mayo	FVEH-282	\$7.809.392
Junio	FVEH-287	\$6.791.352
Julio	FEVH-291	\$9.739.111
Agosto	FEVH-295	\$6.714.016
Septiembre	FVEH-300	\$8.119.680
Octubre	FEVH-304	\$6.642.928

Servicio de Alimentación Sulay Carvajal: se realizó la auditoria de las facturas correspondientes de los meses del servicio de alimentación a los pacientes, de las siguientes facturas:

Mes	Factura	Valor
Enero	SC-66	\$9.267.048
Febrero	SC-67	\$8.597.988
Marzo	SC-68	\$7.897.176
Abril	SC-69	\$10.986.192
Mayo	SC-72	\$13.276.872
Junio	SC-75	\$11.891.124
Julio	SC-79	\$13.179.348
Agosto	SC-77	\$9.146.844
Septiembre	SC-82	\$7.944.804
Octubre	SC-83	\$8.661.492

AVANZAR TOTAL S.A.S: se realizó la auditoria de las facturas correspondientes de los meses del servicio de terapia física, terapia de lenguaje y ocupacional.

Mes	Factura	Valor
Enero	ATFE-98	\$12.707.931
Febrero	ATFE-102	\$15.569.154
Marzo	ATFE-105	\$21.642.258
Abril	ATFE-109	\$20.267.571
Mayo	ATFE-112	\$21.631.598
Junio	ATFE-116	\$17.871.966
Julio	ATFE-120	\$25.129.662
Agosto	ATFE-124	\$24.218.287
Septiembre	ATFE-127	\$24.379.990
Octubre	ATFE-129	\$18.062.331



Miembro de la Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES
www.hospitaldeyumbo.gov.co www.esporlasaludambiental.org

Laboratorio Acacias IPS S.A.S: se realizó la auditoría de las facturas correspondientes de los meses del servicio profesionales de análisis y procesamientos de citologías patológicas y laboratorio, de las siguientes facturas:

Mes	Factura	Valor
Enero	FME-067213	\$690.000
Febrero	FME-067300	\$525.000
Marzo	FME-067373	\$480.000
Abril	FME-067441	\$487.500
Mayo	FME-067515	\$607.500
Junio	FME-067555	\$525.000
Julio	FME-067594	\$517.500
Agosto	FME-067638	\$337.500
Septiembre	FME-067720	\$487.500
Octubre	FME-067768	\$352.500

AUDITORIA DE ESPECIALISTAS:

Jenny Lizeth Torres Perlaza - Nutricionista: prestación de servicios en consulta externa capacitaciones y apoyo educativo.

Mes	Valor
Enero	\$1.400.000
Febrero 1 al 14	\$1.400.000
Febrero 15 al 28	\$1.400.000
Marzo	\$2.100.000
Abril	\$6.250.000
Mayo - Junio	\$4.215.000
Junio - julio	\$2.914.000
Julio - Agosto	\$2.876.000
Agosto - Septiembre	\$3.600.000
Septiembre - Octubre	\$3.026.000

Luis Carlos Gómez Gómez- Internista: prestación de servicios en consulta externa, revista de hospitalización e interconsultas.

Mes	Valor
Enero	\$3.184.000
Febrero 02 al 11 febrero	\$2.400.000
Febrero 16 al 28	\$3.122.000
Marzo	\$3.980.000
Abril - Mayo	\$5.786.931
Mayo -Junio	\$5.602.000



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Junio - julio	\$5.070.000
Julio - Agosto	\$6.032.000
Agosto - Septiembre	\$7.139.500
Septiembre - Octubre	\$5.831.500

Carlos Narváez Isurieta - Pediatra: prestación de servicios en consulta externa, revista de hospitalización.

Mes	Valor
Enero	\$3.276.000
Febrero 1 al 13	\$2.240.000
Febrero 16 al 29	\$2.468.000
Marzo	\$4.384.000
Abril - Mayo	\$3.489.000
Mayo - Junio	\$9.891.000
Junio - julio	\$9.506.000
Julio - agosto	\$9.611.000
Agosto - Septiembre	\$9.548.000
Septiembre - Octubre	\$9.178.000

Leonardo Gabriel Chacín García- Ortopedista: prestación de servicios en consulta externa interconsulta y procedimientos.

Mes	Valor
Enero	\$8.820.780
Febrero 1 al 15	\$880.000
Febrero 16 al 28	\$6.112.285
Marzo	\$14.190.677
Abril - Mayo	\$21.375.050
Mayo - Junio	\$20.441.485
Junio-Julio	\$22.629.015
Julio - Agosto	\$17.703.200
Agosto - Septiembre	\$23.306.365
Septiembre - Octubre	\$24.714.775

Gustavo Adolfo Bejarano Sanabria - Medico Familiar: prestación de servicio en consulta externa.

Mes	Valor
Enero	\$2.160.000
Febrero 1 al 15	\$2.400.000



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Febrero 16 al 28	\$2.400.000
Marzo	\$2.100.000
Abril - Mayo	\$5.400.000
Mayo - Junio	\$5.418.000
Junio - Julio	\$4.836.000
Julio - Agosto	\$5.436.000
Agosto - Septiembre	\$5.400.000
Septiembre - Octubre	\$4.800.000

Juan Carlos Montaña Quintero - Ginecólogo: prestación de servicios de consulta externa, ecografías y procedimientos.

Mes	Valor
Enero	\$1.253.030
Febrero 1 al 14 febrero	\$1.645.170
Febrero 15 al 28 febrero	\$898.280
Marzo	\$4.855.650
Abril - Mayo	\$6.267.000
Mayo - Junio	\$5.718.341
Junio - Julio	\$4.754.622
Julio - Agosto	\$6.099.900
Agosto - Septiembre	\$4.741.360
Septiembre - Octubre	\$4.943.580

Jhon Paul Alvarado Tamayo - Ginecólogo: prestación de servicio en consulta externa.

Mes	Valor
Febrero 15 al 28 febrero	\$1.440.000
Marzo	\$4.320.000
Abril - Mayo	\$6.885.000
Mayo - Junio	\$5.355.000
Junio - Julio	\$5.494.500
Julio - Agosto	\$5.125.500
Agosto - Septiembre	\$6.145.500
Septiembre - Octubre	\$5.100.000

Cristhian Alexander Arango Solano- Anestesiólogo: prestación de servicios en consulta externa de anestesiología y procedimiento quirúrgico de anestesia.

Mes	Valor
Marzo	\$2.335.000
Mayo	\$5.180.000



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Julio	\$3.586.290
Agosto	\$1.836.667
Septiembre	\$1.520.000
Septiembre - Octubre	\$3.020.000

Jorge Andres Alfaro -Anestesiólogo: prestación de servicio en procedimiento quirúrgico de anestesia.

Mes	Valor
Marzo	\$1.575.000
Abril - Mayo	\$1.650.000
Julio	\$1.650.000
Agosto	\$2.100.000

Bader Antonio Kandlar Lopera: prestación de servicio en consulta externa procedimientos.

Mes	Valor
Marzo	\$7.913.200
Marzo	\$7.757.100

GESTIÓN DOCUMENTAL

Enero: en el mes de enero 2025 se actualizaron 111 formatos distribuidos de la siguiente manera: gestión administrativa 106 formatos gestión financiera: 04 formatos gestión de la información y comunicación: 01 formato.

Febrero: En total se actualizaron 95 documentos se mencionan los siguientes: en el proceso de control interno: 20 documentos, se actualizaron 47 documentos del proceso de control interno disciplinario, se actualizaron 28 documentos del proceso de gestión jurídica.

Marzo: Se recepciono un total de 11 solicitudes documentales, se dio respuesta oportuna,

Abril: En el mes de abril se recepcionaron 19 solicitudes documentales, se dio respuesta oportuna.

Mayo: Se recepciono un total de 11 solicitudes documentales, se dio respuesta oportuna,

Junio: Se dio respuesta oportuna a 4 solicitudes documentales.

Julio: Durante el mes de julio se dio respuesta oportuna a 10 solicitudes documental.



Agosto: Durante el mes de agosto se dio respuesta oportuna a 25 solicitudes documentales.

Septiembre: durante el mes de septiembre se dio respuesta oportuna a 11 solicitudes documentales.

Octubre: Durante el mes de octubre se dio respuesta oportuna a 06 solicitudes documentales.

Noviembre: Durante el mes de noviembre se dio respuesta oportuna a 05 solicitudes documentales.

Diciembre: No se recepcionaron solicitudes documentales.

- PUBLICACION SECOP 2 CONTRATOS CALIDAD VIGENCIA 2025:**

Los contratos y las actas de inicio, seguimiento, terminación y liquidación a cargo de la Subgerencia de Gestion de la Calidad en la vigencia 2025 fueron publicados en la página del SECOP 2, oportunamente.

A continuación, relaciono los siguientes:

GGH-008-003-036-2025	LEIDY JOHANA LOAIZA MOSQUERA
GGH-008-003-039-2025	DIEGO ALEJANDRO VASQUEZ LADINO
GGH-008-003-037-2025	MARYLIN GOMEZ LUNA
GGH-008-003-040-2025	JUAN CARLOS MOSQUERA IBARGUEN
GGH-008-003-035-2025	JORGE ENRRIQUE DAZA GOMEZ
GGH-008-003-038-2025	LEYDY TATIANA JARAMILLO PARRA

GGH-008-003-060-2025	LEIDY JOHANA LOAIZA MOSQUERA
GGH-008-003-058-2025	MARYLIN GOMEZ LUNA
GGH-008-003-061-2025	JUAN CARLOS MOSQUERA IBARGUEN
GGH-008-003-062-2025	JORGE ENRIQUE DAZA GOMEZ
GGH-008-003-059-2025	LEYDY TATIANA JARAMILLO PARRA
GGH-008-003-063-2025	ANTONY ESCOBAR BECERRA
GGH-008-003-307-2025	LHENER ALVAREZ CORTES



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

GGH-008-003-400-2025	LEIDY JOHANA LOZANO MOSQUERA SC 4469-1
GGH-008-003-403-2025	MARYLIN GOMEZ LUNA
GGH-008-003-401-2025	JORGE ENRIQUE DAZA GOMEZ
GGH-008-003-404-2025	LEYDY TATIANA JARAMILLO PARRA
GGH-008-003-402-2025	TALY ANDREA TORRES OCORO
GGH-008-003-399-2025	LHENER ALVAREZ CORTES

- **ORDENES DE SERVICIOS 2025:**

Las órdenes de servicio que se efectuaron en la vigencia 2025 fueron las siguientes:

ORDEN DE SERVICIO
ICONTEC- CUOTA DE AFILIACIÓN VIGENCIA 2025
AUDITORIA DE SEGUIMIENTO ICONTEC 2025
BUZONES DE SUGERENCIA
VIDEO RENDICION DE CUENTAS – MAURICIO CARDENAS
JORGE DAZA – 01 AL 31 DICIEMBRE 2025
JUAN CARLOS MOSQUERA – 01 AL 31 DICIEMBRE 2025
TALY ANDREA TORRES OCORO – 01 AL 31 DICIEMBRE 2025
MARYLIN GOMEZ LUNA – 01 AL 31 DICIEMBRE 2025
LEYDY JARAMILLO – 01 AL 31 DICIEMBRE 2025

COMUNICACIONES

Durante la vigencia el subproceso lidero las siguientes actividades:

1. Sistema de Gestión de la Calidad
 - Recibí auditoría interna, externa de Icontec.
 - Reporte mensual de actividades para el Daruma.
 - Actualización de página con el gov.co
2. Programa de Humanización
 - Diseño y publicación en monitores sobre políticas de humanización



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitaldeyumbo.gov.co/esporlasaludambiental.org

- Acompañamiento y registro fotográfico en las actividades del programa.

3. Página web y redes sociales

- Alimentación permanente de página web, Facebook, Instagram
- Diseños y publicaciones de las fechas conmemorativas
- Se actualiza documentación de Ley de Transparencia de acuerdo a la exigencia de cada área

4. Programa Seguridad del Paciente

- Diseño y publicación de las píldoras informativas (monitores) de cada mes.
- Impresión folleto autocuidado
- Impresión folleto diabetes
- Acompañamiento fotográfico en las actividades del programa.

5. Salud Oral.

- Diseño Piezas gráficas
- Actualización carteleras
- Impresiones
- Publicación en Facebook sobre las jornadas de salud oral y aplicación de flúor.

6. Salud Mental

- Acompañamiento y registro fotográfico Planes de intervenciones colectivas
- Actualización carteleras
- Publicación de foros en Facebook live días especiales en salud.
- Impresiones
- Acompañamiento en registro fotográfico en cada actividad del programa.

Como:

- Simposio de enfermedades crónicas
- Foro conmemorativo día de la salud mental
- Jornada de conmemoración del día mundial de la lucha contra el cáncer de Mama, Cérvix, Próstata y Colon
- Foro conmemorativo prevención de violencia contra la mujer
- Conversatorio conmemorativo día VIH



7. Salud Sexual y Reproductiva

- Acompañamiento y registro fotográfico Planes de intervenciones colectivas
- Diseño Piezas gráficas
- Diseño de volantes e impresión sobre toma de ADN-VPH inserción y retiro de implante,
- Diseño de volantes e impresión sobre curso de preparación para un parto exitoso
- Actualización carteleras
- Impresiones

8. Servicio de emergencia médica (SEM).

- Publicación semanal de las piezas publicitarias sobre el SEM (servicio de emergencia médica)
- Diseño de las piezas publicitarias.

9. Apoyo en registro fotográfico de la socialización a la comunidad sobre el Avance en la Construcción de la Nueva Sede del Hospital.

- Presidentes comuna 1 y 2
- Presidentes comuna 3 y 4
- Reunión con movilidad.

10. IAMI

- Publicación en Facebook sobre la semana de la lactancia materna.
- Publicación de la Recertificación por parte de la Gobernación del Valle del Cauca 2025-2027

11. Jornadas de salud

- Publicación de las jornadas de salud

AUDITORIA CUENTAS MEDICAS (GLOSAS)

Se dio RESPUESTA OPORTUNA a las diferentes GLOSAS por cada Motivo específico, vía correos electrónicos, que fueron recibidas de las ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (EPS y ASEGURADORAS), con un promedio de Oportunidad del 95%, y un promedio de Respuesta de 10 días hábiles, dentro de la Normatividad vigente (antes de cumplir los 15 días hábiles), con la orientación de MÉDICO AUDITORA del





HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA de Yumbo y la activa participación de la AUXILIAR DE AUDITORIA.



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
esporlasaludambiental.org

Se realizaron todas las ACTAS FINALES DE CONCILIACIÓN DE GLOSAS MENSUALES con aproximadamente un 77,44% de Recuperación de las mismas, a favor de la IPS.

Entrega del informe trimestral Decreto 2193 – Formato de glosas (primer, segundo y tercer trimestre 2025) y remisión de informe de glosas acumulativas por régimen al área de facturación de la IPS.



II. *GESTIÓN CLINICA Y ASISTENCIAL*



SUBGERENCIA CIENTIFICA

PROCESOS	RESPONSABLES Y LIDERES
SUBGERENTE CIENTIFICA	DRA. DIANA CAROLINA LÓPEZ
ASISTENTE 1	CECILIA CABAL: CONTRATACIÓN A PROVEEDORES, OFICIOS, CIRCULARES, RESOLUCIONES, ACTAS DE COMITES, CONTROL DE FORMULAS, QUEJAS,
ASISTENTE 2	ZANDRA AGUDELO: CONTRATACIÓN ASISTENCIAL PERSONAL CONTRATISTA ADMVO, EVALUACIONES PERSONAL ASISTENCIAL, SEGUIMIENTO ASSTRACUD, SERTEMP
COORDINACION MEDICA DE URGENCIAS	IVAN CAMILO MANOSALVA
PSICOLOGIA	SIDNEY NIEVA
RCV, TBC, HANSEN	ALEYDA JOJOA JOJOA
HOSPITALIZACIÓN Y PARTOS	BEATRIZ ELENA PERDOMO GARCIA
LABORATORIO	INGRID JIMENEZ
PIC	SIDNEY NIEVA
SEGURIDAD DEL PACIENTE	JORGE ENRIQUE HOLGUIN
CITAS MEDICAS	GLORIA SULAY GRISALES OSORIO
RUTA INFANTIL	PATRICIA PEDRAZA
RUTA ADOLESCENTE Y JOVEN	LEIDY KARIME LLANTEN
RUTA ADULTO	GLORIA SULAY GRISALES OSORIO
RUTA MATERNA	FELIPE TENORIO – MARIO ALVARADO
PAI REGULAR Y COVID	DIANA GISELA SEPULVEDA
IAMI-AIEPI	JENNY LIZETH TORRES
SALUD ORAL	CLAUDIA MARIA QUINTERO QUINTERO
AUDITORIA MEDICA	ANDRES MATEO ARTEAGA
CIRUGIA	BEATRIZ PERDOMO
APS	GUSTAVO VALENCIA
SEM	ANDRES MATEO ARTEAGA
ESTADISTICAS VITALES	LUZ MARINA HERNANDEZ CHAVERRA
PROCESOS EXTERNOS	
ASSTRACUD	ANDREA BEJARANO GALVIS
SERTEMP	KATERINE ESCOBAR
RAYOS X	ANDRES EDUARDO SALINAS RODRIGUEZ
FISIOTERAPIA	PAULA MARCELA PEREZ FERNANDEZ
FARMACIA	YAQUELINE SANTACRUZ



PERSONAL DE PLANTA

CEDULA	NOMBRE DE EMPLEADO	FECHA DE INGRESO	CARGO	ESTADO
10272418	ALVARADO PACHON MARIO	19/05/1993	ENFERMERO	CARRERA ADMINISTRATIVA
1118288481	ALVEAR ARCE DARY YULIANA	01/08/2018	AUX AREA SALUD - LABORATORIO	PROVISIONALIDAD
31481754	ANDRADE GARCIA ANYELA MARIA	16/06/2016	AUX AREA SALUD	PROVISIONALIDAD
1113694849	ARCE MOCAYO PAULA ANDREA	05/02/2025	MEDICO SSO	PERIODO FIJO
32686752	ATIAS LERMA MARIA BELEN	01/01/1997	AUX AREA SALUD	CARRERA ADMINISTRATIVA
1118256873	AVENDAÑO BARON MAIRA ALEJANDRA	13/06/2023	AUX AREA SALUD- PROMOTOR	PROVISIONALIDAD
31485675	BARONA MARIA ALEXANDRA	08/11/2017	AUX AREA SALUD- PROMOTOR	PROVISIONALIDAD
66981679	CACERES CHAVEZ SANDRA KARINA	20/02/2003	BACTERIOLOGO	PROVISIONALIDAD
11228106	CASTILLO ARENAS EDUAR ALEXANDER	25/11/2015	ODONTOLOGO 4 HORAS	PROVISIONALIDAD
1127944243	DE LA PAVA DOMINGUEZ ANDRES FELIPE	03/11/2017	AUX AREA SALUD- PROMOTOR	PROVISIONALIDAD
31983624	ESCOBAR ARAMBURO MARIA FERNANDA	16/05/1997	MEDICO 4 HORAS	CARRERA ADMINISTRATIVA
1130640404	ESCOBAR MATERON NATALIA MARYENI	1/07/2020	AUX AREA SALUD - ODONTOLOGO	PROVISIONALIDAD
31486992	GALINDEZ GALINDEZ PIEDAD MAITE	1/02/2019	AUX AREA SALUD- PROMOTOR	PROVISIONALIDAD
31482853	GARCIA ZAPATA DANY SOFIA	01/07/2011	AUX AREA SALUD	PROVISIONALIDAD
85472966	GONZALEZ CUELLO RICHARD YAMILL	01/11/2016	MEDICO 8 HORAS	PROVISIONALIDAD
29157391	GRISALES OSORIO GLORIA SULAY	18/03/1993	AUX AREA SALUD - COMUNIDAD	CARRERA ADMINISTRATIVA
16642005	GUERRERO MORENO URIEL ANGEL	11/07/1994	ODONTOLOGO 4 HORAS	CARRERA ADMINISTRATIVA
1114481159	GUEVARA CARDENAS MARIA ANGELICA	19/10/2017	AUX AREA SALUD- PROMOTOR	PROVISIONALIDAD
29738656	HERNANDEZ CHAVERRA LUZ MARINA	01/02/1994	AUX AREA SALUD - ESTADISTICA	CARRERA ADMINISTRATIVA
16452044	HOYOS JOAQUI MESIAS	16/01/1997	AUX AREA SALUD- PROMOTOR	PROVISIONALIDAD
1118293231	JARAMILLO BENAVIDES JOSE ANGEL	26/03/2012	AUX AREA SALUD	PROVISIONALIDAD
31476176	JOJOA JOJOA MARIA ALEYDA	05/07/2017	ENFERMERO	PROVISIONALIDAD
1006015766	LENIS MARTINEZ DIANA LUCIA	3/06/2025	AUX AREA SALUD- PROMOTOR	PROVISIONALIDAD
31486259	LOPEZ LOPEZ DIANA CAROLINA	02/05/2023	SUBGERENTE CIENTIFICA	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN
16777312	LOPEZ MOLANO ANUAR	01/11/2017	TECNICO AREA SALUD	PROVISIONALIDAD
16464975	MANCILLA OSORIO JACKSON ANTONIO	08/08/2017	AUX AREA SALUD	PROVISIONALIDAD
31476060	MENDEZ MUÑOZ LINA MARIA	18/04/2022	AUX AREA SALUD	PROVISIONALIDAD
31485964	MONTENEGRO CASTAÑEDA NATALIA	03/02/2015	MEDICO 6 HORAS	PROVISIONALIDAD
1118285787	MONTOYA RAMOS CARLOS ANDRES	20/10/2017	AUX AREA SALUD	PROVISIONALIDAD
94314911	MORENO LOPEZ HUGO ORLANDO	17/09/2012	MEDICO 6 HORAS	PROVISIONALIDAD
31468566	OLIVEROS PAZ MARINA EUNICE	27/05/1980	AUX AREA SALUD	PROVISIONALIDAD
66812656	OROZCO VALENCIA GLORIA PATRICIA	04/03/2003	AUX AREA SALUD - ODONTOLOGO	PROVISIONALIDAD
16648939	OTERO MUÑOZ GUILLERMO LEON	01/01/1997	MEDICO 4 Y 6 HORAS	CARRERA ADMINISTRATIVA
31467872	PADILLA DE NARVAEZ LUZ STELLA	01/09/1979	AUX AREA SALUD	CARRERA ADMINISTRATIVA
31477467	PADILLA MORALES ALBA AYDEE	16/04/1994	AUX AREA SALUD	CARRERA ADMINISTRATIVA
1113778465	PERDOMO GARCÍA BEATRIZ ELENA	16/09/2025	AUX AREA SALUD	PROVISIONALIDAD
1118299429	PIEDRAHITA DURAN PABLO EMILIO	2/01/2025	MEDICO 4 HORAS	PROVISIONALIDAD
16986708	POLANCO RODRIGUEZ GUSTAVO	1/08/2018	MEDICO 4 HORAS	PROVISIONALIDAD
1118305370	RAMOS MONDRAGON LINA MARCELA	8/09/2025	AUX AREA SALUD - LABORATORIO	PROVISIONALIDAD
31485513	RENGIFO CARDENAS YHINA XIOMARA	26/03/2012	AUX AREA SALUD	PROVISIONALIDAD
31487199	RESTREPO SERNA CAROLINA	07/07/2011	AUX AREA SALUD	CARRERA ADMINISTRATIVA
1118299250	SANCHEZ CARDENAS MARIA ALEJANDRA	2/05/2024	MEDICO 6 HORAS	PROVISIONALIDAD
66769829	SEPULVEDA MARISOL	01/07/2020	MEDICO 4 HORAS	PROVISIONALIDAD
1118295815	SEPULVEDA LOPEZ DIANA YISELA	01/11/2022	AUX AREA SALUD	PROVISIONALIDAD
1118310125	SOLARTE BEJARANO GINNA MARCELA	02/04/2025	AUX AREA SALUD	PROVISIONALIDAD
1144033278	TORRES PERLAZA JENNY LIZET	03/06/2025	AUX AREA SALUD	PROVISIONALIDAD



TALENTO HUMANO

CONTRATACIÓN PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO

PERSONAL	CANTIDAD
CONTRATOS ADMINISTRATIVOS	3
ASSTRACUD – PERSONAL ASISTENCIAL	125
SERTEMP	23
APS MINISTERIO	193
Total personal contratista	344

PROVEEDORES

NOMBRE CONTRATISTA	AREA	CONTRATO	F. INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CONTRATO	OTROSI	TOTAL EJECUTADO	PENDIENTE POR EJECUTAR
SALUD ANDINA	IMAGENOLOGIA	GGH-008-010-002-2025	1/01/2025	31/01/2025	72.000.000		71.820.326	179.674
SALUD ANDINA	IMAGENOLOGIA	GGH-008-010-051-2025	1/02/2025	31/10/2025	685.000.000	265.500.000	1.020.809.118	6.690.882
SALUD ANDINA	IMAGENOLOGIA	GGH-008-010-528-2025	1/11/2025	31/12/2025	200.000.000		167.680.153	32.319.847
SULAY CARVAJAL	ALIMENTACION	GGH-008-004-047-2025	1/02/2025	31/12/2025	130.000.000		108.419.472	21.580.528
DISCOLMETS CONTRATO	PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y MQX Y ODONTOLOGICOS	GGH-008-004-003-2025	1/01/2025	31/01/2025	166.000.000		159.383.254	6.616.746
DISCOLMETS RUBROS	MEDICAMENTOS				66.000.000		66.000.000	-
DISCOLMETS RUBROS	MQX				100.000.000		93.383.254	6.616.746
DISCOLMETS CONTRATO	PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y MQX Y ODONTOLOGICOS	GGH-008-004-044-2025	1/02/2025	31/07/2025 - 31/10/2025	1.000.000.000	500.000.000	1.499.397.137	602.863
DISCOLMETS RUBROS	MEDICAMENTOS				400.000.000		599.548.221	451.779
DISCOLMETS RUBROS	MQX				600.000.000		899.848.916	151.084
DISCOLMETS CONTRATO	PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y MQX Y ODONTOLOGICOS	GGH-008-004-527-2025	1/11/2025	31/12/2025	330.000.000			
DISCOLMETS RUBROS	MEDICAMENTOS				130.000.000	11.000.000	129.247.449	11.752.551
DISCOLMETS RUBROS	MQX				200.000.000	12.000.000	194.698.801	17.301.199
ACACIAS	LABORATORIO Y CITOLOGIAS	GGH-008-003-092-2025	12/02/2025	31/12/2025	50.000.000	25.000.000	61.142.800	13.857.200
AVANZAR	TERAPIAS	GGH-008-010-045-2025	1/02/2025	30/11/2025	203.000.000	20.000.000	220.760.017	2.239.983
ASCIVAL	CIRUGIAS	GGH-008-012-226-2025	6/05/2025	31/12/2025	52.000.000	5.000.000	55.333.727	1.666.273
IHR	INSUMOS LAB	GGH-008-004-093-2025	10/02/2025	31/12/2025	550.000.000		549.996.015	3.985
MCL	CALIBRACION EQUIPOS	GGH-008-003-102-2025	20/02/2025	31/12/2025	116.438.473		95.267.835	21.170.638



METODOLOGÍA



La metodología empleada para recolectar la información de los diferentes indicadores que integran el Informe de gestión Año 2025, se realizó a través de la Subgerencia Científica, con los Líderes de procesos a través de los siguientes mecanismos:

- Solicitud a los diferentes líderes de procesos institucionales, con el fin de que generen la gestión, Implementación y evaluación de los indicadores a su cargo con los soportes y fuentes suficientes para la validación de los resultados.
- Entrega de informes mensuales y trimestrales por los responsables de validar la información, los cuales contienen la fuente de información de los datos y registros reportados en cumplimiento de la normatividad vigente.

Con lo anterior la Subgerencia Científica presenta el informe de gestión realizado durante el año 2025, donde tuvimos actividades que encaminaron el fortalecimiento del área misional, con la intencionalidad de la mejora en la prestación de los servicios ofrecidos por el Hospital y con la clara visión de posicionar al Hospital como una institución confiable, de calidad, responsable y segura.

Este año se contó nuevamente con desarrollo de diferentes contratos con la Administración Municipal de Yumbo y Ministerio de salud, como son:

MUNICIPIO DE YUMBO: el desarrollo de la estrategia de APS urbano y rural, los proyectos PIC para la vigencia 2025, víctimas del conflicto armado, SEM.

MINISTERIO DE SALUD: desarrollo de la estrategia de APS, jóvenes en paz, y certificaciones de discapacidad.

A continuación se presenta un Informe del comportamiento de cada área asistencial a cierre del año 2025, donde se describen los resultados y anexamos algunos comentarios importantes relacionados con la gestión de cada proceso:



ESTRUCTURA DEL INFORME DE GESTIÓN AÑO 2025

INDICADORES

El informe se estructura acorde a lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social en los indicadores que corresponden al Área de Gestión: Gestión Clínica/ Asistencial, así:

Informe Revisión Indicadores Gerenciales de Gestión según la Resolución 408 del 15 FEBRERO de 2018_ Informe del AÑO 2025

Presento Informe de Revisión de los indicadores Gerenciales de Gestión, acorde a la Resolución 408 del 15 FEBRERO de 2018, los cuales serán incluidos en las respectivas Actas del Comité de Historia Clínica.

INDICADOR N° 21: EVALUACION DE LA APLICACIÓN DE LA GUIA DE MANEJO DE LA PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES LA SEMANA 12 DE GESTACION TOTAL, DE PACIENTES CAPATADAS EN EL AÑO 2025 ANTES DE LA SEMANA 12: 232

Presentación de criterios para evaluación de guía de manejo para el ingreso de las gestantes al control prenatal antes de la semana 12

Se determina que los criterios para evaluar este indicador son:

Cuadro N° 1

NUMERO	CRITERIO
1	Verificar la semana de gestación al momento de ingresar al programa, Si es mayor a la semana 12 se debe indicar si la mujer gestante viene con control prenatal de otra institución, otro municipio, desconocimiento de su estado de gestación, para dejarla por fuera del indicador.
2	Verificar si tuvo valoración por médico.

- 1. Presentación del análisis de historias clínicas, para verificar la Proporción de gestantes captadas hasta la semana 12 de gestación.**

TOTAL, DE PACIENTES CAPTADAS EN EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL DURANTE EL AÑO 2025: 343



RESUMEN INDICADORES RESOLUCIÓN 408 DEL 15 DE FEBRERO DE 2018_ ENERO A DICIEMBRE 2025

INDICADOR	META	OBSERVACIONES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	
21	Proporción de gestantes captadas HASTA la semana 12 de gestación.	≥0,85	N° HISTORIAS	28	27	16	32	38	18	42	30	21	31	28	32	343
			VALIDAS	18	18	10	17	22	12	36	21	15	25	18	20	232
			EXCLUIDAS	10	9	6	15	16	6	8	9	6	6	10	12	111
			Evaluidas	18	18	10	17	22	12	36	21	15	25	18	20	232
			RESULTADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

NOTA: Se excluyen de la base de datos 111 Pacientes, porque son pacientes que son captadas en el programa de Control Prenatal después de la semana 12.

INDICADOR	FORMULA INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO
Proporción de gestantes captadas hasta la semana 12 de gestación.	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de Evolución /total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación. Numero de historia clínicas evaluadas con cumplimiento de criterios sobre total de historia clínica evaluadas	≥0.85	
AÑO/2025	232/232		1

2. Conclusiones y recomendaciones:

Se evidencia que, de las 232 historias clínicas evaluadas en el AÑO 2025, Todas cumplieron con la captación al Programa de Control Prenatal antes de la Semana 12 y su valoración por el Médico del Programa.

Nota: 111 Historias Clínicas, se excluyeron del indicador, las mujeres gestantes que ya habían iniciado el control prenatal en otra institución o municipio, las procedentes de Venezuela que llegaron embarazadas con más de 12 semanas de gestación y la que no sabían que estaban en embarazo.

INDICADOR N° 22: EVALUACION DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA MANEJO DE INCIDENCIA EN SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE.

El número de recién nacidos en el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo ESE, según reporte del área de estadística fueron para el mes de: **AÑO 2025**

- **AÑO 2025: 22**



COVE Municipal no ha reportado ningún caso de Sífilis Congénita, nacido en el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo durante el AÑO 2025

1. Número de recién nacidos vivos con diagnóstico de Sífilis Congénita en el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo en la vigencia objeto de la Evaluación.

- **AÑO 2025 0 Casos**

RESUMEN INDICADORES RESOLUCIÓN 408 DEL 15 DE FEBRERO DE 2018_ ENERO A DICIEMBRE_2025

INDICADOR	META	OBSERVACIONES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	
22 Incidencia de Sífilis Congénita en Partos atendidos en la ESE.	0	PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	3	2	0	1	2	4	2	2	0	2	3	1	22	
		RN CON SIFILIS CONGENITA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

2. Indicador

INDICADOR	FÓRMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO
Incidencia en Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE	Números de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en Población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	0	0
2025	0		0

3. Conclusiones y recomendaciones:

Notas: Se enviará el siguiente informe a la Secretaria de Salud Municipal de Yumbo se presentó 0 caso de sífilis congénita, según el concepto del COVE Municipal lo cual servirá como soporte inicial del plan de gestión del periodo evaluado.

INDICADOR N°23: EVALUACION DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

Se determina que los criterios para evaluar son:

Cuadro N° 1



NUMERO	CRITERIO
1	Anotación de la Causa de Consulta
2	Solicitud de Paraclínicos establecidos en la Guía y su reporte en la Historia Clínica.
3	Formulación de los Medicamentos en Forma Oportuna.

1. Pacientes atendidos en el Programa de Hipertensión y los resultados de los criterios evaluados.

RESUMEN INDICADORES RESOLUCIÓN 408 DEL 15 DE FEBRERO DE 2018_ENERO A DICIEMBRE_2025

INDICADOR	META	OBSERVACIONES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
23 Evaluación de aplicación de Guía de manejo Específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	≥0.9	N° HISTORIAS	73	7	18	30	31	34	31	13	21	16	18	14	266
		MUESTRA	18	1	3	12	12	12	12	1	3	2	2	2	80
		Evaluadas	18	1	3	12	12	12	12	1	3	2	2	2	80
		RESULTADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

MES: AÑO 2025

UNIVERSO: 266

MUESTRA 80

INDICADOR

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO
Evaluación de Aplicación de la Guía de Manejo de Atención de la Enfermedad Hipertensiva	Número de Historia Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la Guía de Atención de la Enfermedad Hipertensiva Adoptada por la ESE, en la vigencia objeto de la evaluación / Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0.9 Mayor o igual	Informe del Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga la referencia al acto administrativo de Adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada.
AÑO 2025	80/80		1



El margen de error aprobado por el Comité de Historia Clínicas es máximo del 20%.

Conclusiones y Recomendaciones.

Según la evaluación realizada, se informa que todas las historias clínicas evaluadas, cumplieron con aplicación de la Guía Específica de Atención de la Enfermedad Hipertensiva.

INDICADOR N° 24: EVALUACION DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Se determina que los criterios para evaluar son:

Cuadro N° 1

NUMERO	CRITERIO
1	Verificación en el inicio oportuno del Control de Crecimiento y Desarrollo, según la Guía para Detección de las alteraciones de Crecimiento y desarrollo
2	Solicitud de Valoración por Médico, según la Guía para Detección de las alteraciones de Crecimiento y Desarrollo.
3	Verificación del Esquema de Vacunación PAI para Colombia.

1. Verificar la Adherencia a la Guía de Crecimiento y Desarrollo, según los criterios establecidos.
2. Pacientes atendidos en el programa de Crecimiento y Desarrollo y los resultados de los criterios evaluados.

AÑO 2025

UNIVERSO: 525 Crecimiento y Desarrollo

MUESTRA: 112

RESUMEN INDICADORES RESOLUCIÓN 408 DEL 15 DE FEBRERO DE 2018. ENERO A DICIEMBRE 2025

INDICADOR	META	OBSERVACIONES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
24	Evaluación de aplicación de guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo.	N° HISTORIAS	73	58	48	23	34	36	46	51	49	49	40	18	525
		MUESTRA	18	12	10	5	7	8	10	11	10	10	9	2	112
		Evaluadas	18	12	10	5	7	8	10	11	10	10	9	2	112
		RESULTADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



3. Indicador

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO
Evaluación de Aplicación de la Guía de Crecimiento y Desarrollo	Número de Historia Clínica que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) a quienes se les aplicó estrictamente la Guía Técnica de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo, en la vigencia objeto de la evaluación / Número de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidos en la muestra a quienes se atendió en consulta de Crecimiento y Desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0.8 Mayor o igual	
2025	112/112		1

CON BASE EN LA NORMA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL MENOR DE 10 AÑOS DE MINSALUD.

1. REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES EVALUADAS EN LA JUNTA DE PROFESIONALES DE SALUD **AÑO** 2025: 220
2. SE REALIZARON ANALISIS DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA EVALUAR LA OPORTUNIDAD Y LAS DEMORAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE LAS EPS QUE CONTRATAN EL SERVICIO CON EL HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO.
3. SE REALIZARON ANALISIS DE HISTORIAS CLINICAS OBJETO DE QUEJAS QUE FUERON ELEVADAS AL CONCEJO MUNICIAPL DE YUMBO O INSTITUCIONALES

CUADRO DE EVALUACION DE AUDITORIA HISTORIAS CLINICAS TRIMESTRAL 2025



INDICADOR	META	OBSERVACIONES	1 TRIM	2 TRIM	3TRIM	4TRIM	PROM
1	PORCENTAJE ADHESION A GUIAS DE $\geq 80\%$	N° HISTORIAS	50	50	50	50	200
		SATISFACTORIAS	37	12	35	38	122
		ACEPTABLES	11	13	14	10	48
		NO ACEPTABLES	2	5	1	2	10
		RESULTADO					

CANAL ENDEMICO

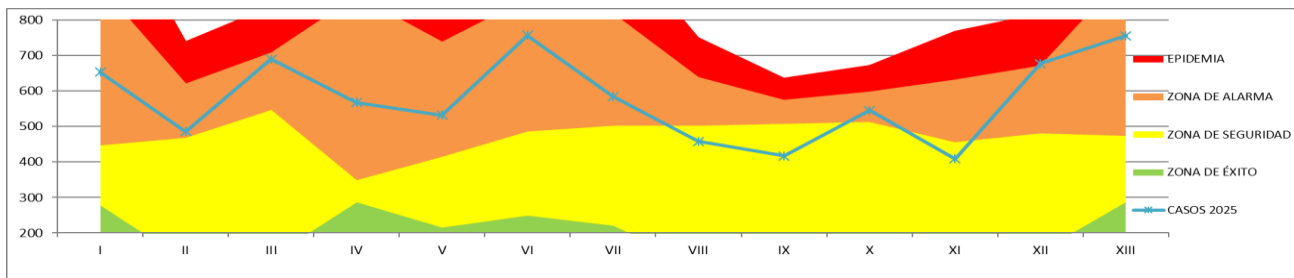
ANALISIS DE CORREDORES ENDÉMICOS DEL HOSPITAL

1. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA





	HOSPITAL " LA BUENA ESPERANZA " E.S.E.	
	YUMBO - VALLE	
	NIT. 800.030.924-0	

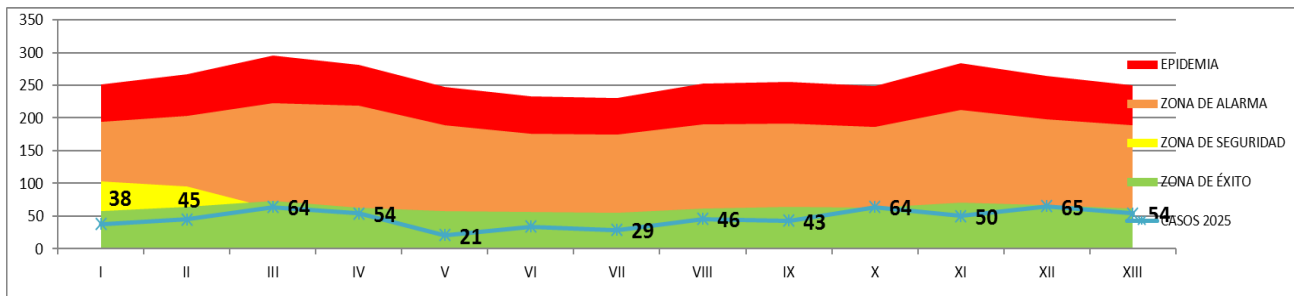
CANAL ENDEMICO DE IRA AÑO 2025													
ZONAS \ PERIODOS EPIDEM.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
EPIDEMIA	1173	742	841	1155	954	1112	1041	752	638	674	769	819	1219
ZONA DE ALARMA	896	621	709	869	739	863	820	640	576	599	633	672	933
ZONA DE SEGURIDAD	447	469	546	349	414	486	503	502	507	513	456	481	474
ZONA DE ÉXITO	277	121	132	286	214	249	221	112	62	75	136	147	286
CASOS 2025	653	486	690	568	532	757	585	458	417	545	409	677	756



2. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

	HOSPITAL " LA BUENA ESPERANZA " E.S.E.	
	YUMBO - VALLE	
	NIT. 800.030.924-0	

CANAL ENDEMICO DE EDA AÑO 2025													
ZONAS \ PERIODOS EPIDEM.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
EPIDEMIA	252	267	296	282	247	233	230	253	256	249	283	265	250
ZONA DE ALARMA	194	203	222	219	189	176	174	191	192	186	212	198	188
ZONA DE SEGURIDAD	103	95	62	30	33	39	37	43	57	60	65	62	45
ZONA DE ÉXITO	58	64	74	63	58	57	56	62	64	62	71	66	62
CASOS 2025	38	45	64	54	21	34	29	46	43	64	50	65	54



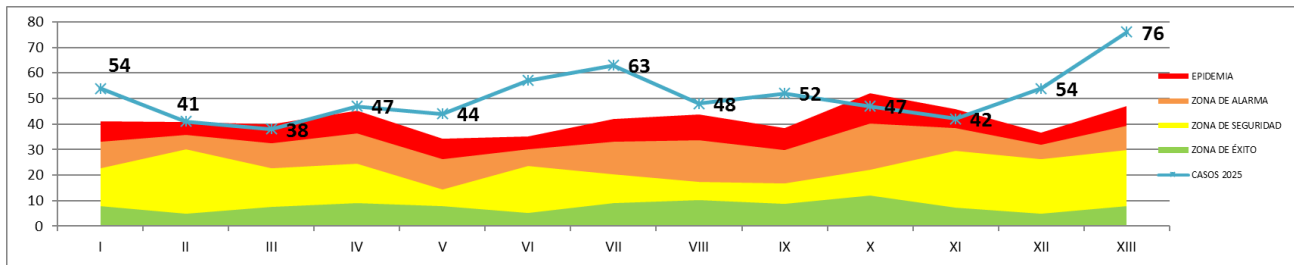
3. RABIA



HOSPITAL " LA BUENA ESPERANZA " E.S.E.
YUMBO - VALLE
NIT. 800.030.924-0



CANAL ENDEMICO VIGILANCIA AGRESION POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA AÑO 2025													
ZONAS \ PERIODOS EPIDEM.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
EPIDEMIA	41	41	40	45	34	35	42	44	38	52	46	37	47
ZONA DE ALARMA	33	36	32	36	26	30	33	34	30	40	38	32	39
ZONA DE SEGURIDAD	23	30	23	24	14	24	20	17	17	22	29	26	30
ZONA DE ÉXITO	8	5	7	9	8	5	9	10	9	12	7	5	8
CASOS 2025	54	41	38	47	44	57	63	48	52	47	42	54	76

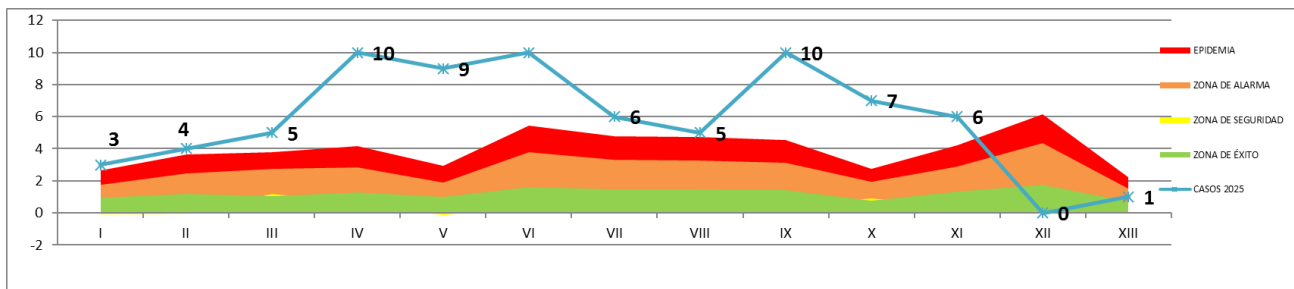


4. VARICELA

HOSPITAL " LA BUENA ESPERANZA " E.S.E.
YUMBO - VALLE
NIT. 800.030.924-0



CANAL ENDEMICO DE VARICELA AÑO 2025													
ZONAS \ PERIODOS EPIDEM.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
EPIDEMIA	3	4	4	4	3	5	5	5	5	3	4	6	2
ZONA DE ALARMA	2	2	3	3	2	4	3	3	3	2	3	4	2
ZONA DE SEGURIDAD	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0
ZONA DE ÉXITO	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1
CASOS 2025	3	4	5	10	9	10	6	5	10	7	6	0	1



5. DENGUE



HOSPITAL " LA BUENA ESPERANZA " E.S.E.

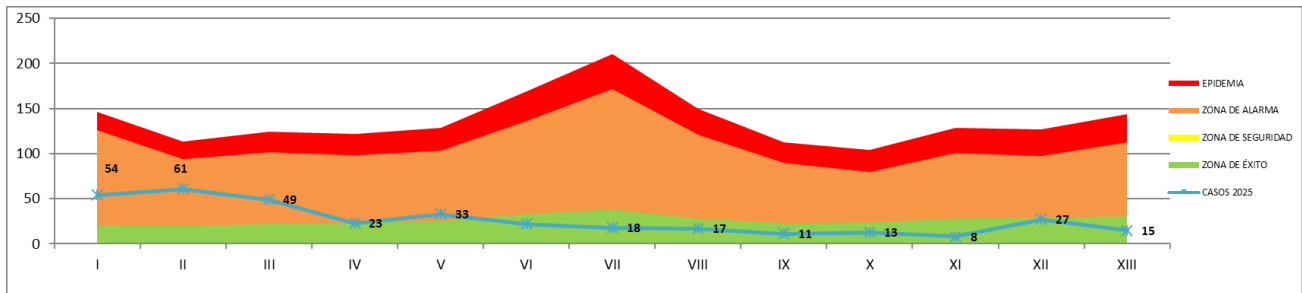
YUMBO - VALLE

NIT. 800.030.924-0



CANAL ENDEMICO DE DENGUE AÑO 2025

ZONAS \ PERIODOS EPIDEM.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
EPIDEMIA	147	114	124	122	129	170	210	150	113	104	129	127	144
ZONA DE ALARMA	126	94	102	99	103	136	172	121	90	80	100	98	113
ZONA DE SEGURIDAD	3	4	6	7	9	11	11	9	8	12	12	14	13
ZONA DE ÉXITO	21	19	22	23	26	33	39	29	23	24	28	29	31
CASOS 2025	54	61	49	23	33	22	18	17	11	13	8	27	15



6. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR



HOSPITAL " LA BUENA ESPERANZA " E.S.E.

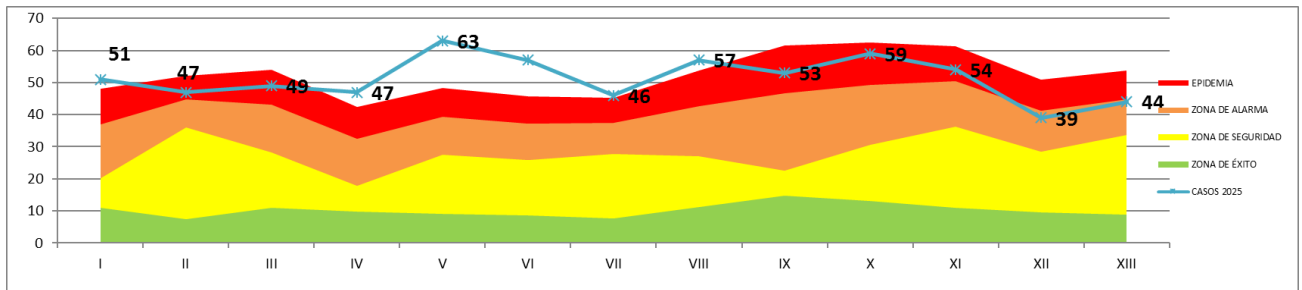
YUMBO - VALLE

NIT. 800.030.924-0



CANAL ENDEMICO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR AÑO 2025

ZONAS \ PERIODOS EPIDEM.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
EPIDEMIA	48	52	54	42	48	46	45	54	61	62	61	51	54
ZONA DE ALARMA	37	45	43	33	39	37	38	43	47	49	50	41	45
ZONA DE SEGURIDAD	20	36	28	18	28	26	28	27	22	31	36	28	34
ZONA DE ÉXITO	11	7	11	10	9	9	8	11	15	13	11	10	9
CASOS 2025	51	47	49	47	63	57	46	57	53	59	54	39	44



CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS EN EJECUCION EN EL 2025

PLAN INTERVENCIONES COLECTIVAS 2025

1. **Liderazgo y ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)**, en el marco del Contrato Interadministrativo N.º 114-1913003, a cargo de la Psicóloga Sidney Nieva Muñoz.

Entre los meses de abril a diciembre se ejecutó el PIC, que contemplo las siguientes actividades y logro impactar un número significativo de población, correspondiente a 8936 personas aproximadamente:





Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**

www.hospitalesporlasaludambiental.org

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	No POBLACION
1	Realizar 16 jornadas de vacunación establecidas por MSPS, Departamental y Municipal	1130
2	Realizar 40 jornadas de vacunación de Biológico VPH, fiebre amarilla, SR, influenza y tétano, y esquema de 5 años en las IE oficiales y sus sedes de las zonas urbana y rural del municipio de Yumbo	588
3	Realizar Una jornadas de vacunación en los 3 centros de desarrollo Infantil - CDI	119
4	Realizar 2 Monitoreo rápido de coberturas de vacunación	40
5	Realizar 1 Fortalecimiento del CENTRO DE ACOPIO Incluye:	-
6	Realizar Apoyo en la ejecución de la 3 jornada de desparasitación Antihelmíntica Masiva en instituciones educativas priorizadas del municipio de Yumbo zona urbana y/o rural.	250
7	Realizar 3 de talleres educativos en los diferentes jardines infantiles públicos y privados , ICBF, CDI	202
8	Realizar 1 taller de capacitación, dictada por médico, en las diferentes 7 IPS públicas y privadas del municipio de Yumbo, dirigidos a los profesionales de la salud que atiendan población materna infantil. Capacitar sobre Atención de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia establecidas en AIEPI Clínico	20
9	Realizar la SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA :	309
10	Realizar 6 Asistencias Técnicas, Diagnostico, Verificación a las 4 IPS y 2 empresas de Yumbo que cuenten con Sala de Lactancia	12
11	Realizar jornadas de sensibilización en 6 instituciones educativas a 1.500 estudiantes tanto urbanas como rurales del municipio, dirigidas a estudiantes de secundaria.	1644
12	Efectuar 4 eventos conmemorativos priorizados en Salud Pública con una participación de aproximadamente 100 personas por evento, con enfoque diferencial de los asistentes, en casco urbano de Municipio de Yumbo.	475
13	Realizar 1 encuentro interinstitucional de jóvenes y adolescentes, en el marco de la Semana Andina	125
14	Realizar 1 Seguimiento a todas las 8 IPS del Municipio en el cumplimiento de la estrategia de Servicios Amigables (SSAAJ), con la asesoría al personal nuevo de cada institución.	16
15	Realizar una formación a 60 Agentes comunitarios de salud mental con formación integral	57
16	Desarrollar de 6 espacios de sensibilización con mínimo de asistencia de 10 personas con acciones promoción del respeto a la diversidad la salud mental	77
17	Realizar un (1) foro comunitario en el marco de la conmemoración del día internacional de la Salud Mental.	66
18	Fortalecer 4 dispositivos comunitarios en el entorno educativo: (4) Zonas de orientación Escolar (ZOE). Esta acción debe estar fundamentada en marco normativo vigente	103
19	Realizar un (1) foro comunitario para la conmemoración del día internacional de la prevención del suicidio.	94
20	Realizar un (1) foro comunitario el Día Internacional de la Lucha contra la Violencia hacia la Mujer	102
21	Realizar 1 actividad de certificación en la Estrategia "ENGAGE TB"	136
22	Realizar 1 Talleres de cocina saludable: ofrecer talleres prácticos sobre preparación de comida saludable, enfocándose en dietas balanceadas y nutritivas a personas con ECNT que incluyan personas con enfoque diferencial:	60
23	Realizar 4 Campañas de concientización en el entorno educativo: diseñar campañas para crear conciencia sobre los factores de riesgo y la importancia de la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y cáncer, consecuencias del consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de grados 6 a 11 con enfoque diferencial en 4 instituciones educativas: población a impactar aproximadamente a 2000 estudiantes	2029
24	Realizar 1 Primer simposio de enfermedades crónicas no transmisibles	83
25	Realizar sensibilizaciones 10 empresas en la promoción y prevención en salud que incluya educación en ECNT (estrategia 4 x 4) y en tamización para cáncer de mama, cervix, próstata y colon en 10 empresas que no hayan sido intervenidas para impactar trabajadores con enfoque diferencial	584
26	Realizar 15 Eventos Conmemorativos priorizados en salud Publica ECNT	553
27	Realizar 1 Simposio para profesionales y técnicos de la salud bucal que prestan servicios en el Municipio de Yumbo sobre urgencias odontológicas y farmacología con un profesional especialista experto en el tema.	62
	TOTAL POBLACION IMPACTADA EN ACTIVIDADES PIC 2025	8936



POBLACIÓN VULNERABLE 2025

SECTORES IMPACTADOS Vs JORNADAS DE SALUD REALIZADAS

SECTOR	TOTAL JORNADAS GENERAL	TOTAL USUARIOS GENERAL
MIRAVALLE DAPA	7	64
YUMBILLO	11	53
BELLAVISTA	76	852
MONTAÑITAS	11	125
MULALO	11	106
SAN MARCOS	19	138
MANGAVIEJA	4	37
RINCON DAPA	8	80
SAN JORGE	6	27
SANTA INES	12	20
MIRAVALLE NORTE	6	39
EL CHOCHO	5	23
LA OLGA	4	18
PANORAMA	5	47
LAS CRUCES	6	54
LAS AMERICAS	7	61
PILAS DAPA	5	28
MEDIO DAPA	3	1
JUAN PABLO II	6	79
ALTO DAPA	3	9
LA BUITRERA	3	25
LA ESTANCIA	2	14
EL PEDREGAL	3	5
LA CEIBA	1	39
NUEVO HORIZONTE	1	17
ARROYOHONDO	1	13
PILES	1	15
TRABAJADORAS SEXUALES	1	9
JORNADA DE PRUEBAS DUO VIH SIFILIS	2	24
JORNADA ESPECIAL AL ADULTO MAYOR	12	157
JORNADA DE SR ADULTO MAYOR	1	27
POBLACION INDIGENA VALLE DEL SOL - PRIMEROS AUXILIOS	1	0
TOTAL JORNADAS	244	2206
JORNADAS ESPECIALES		
LA BUITRERA POB INDIGENA 18 MAYO	1	21
EL PEDREGAL MEGA JORNADA 31 MAYO	1	64
VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO EN PANORAMA 9 AGOSTO	1	41
HABITANTE DE CALLE	1	17
JORNADA ESPECIAL ADULTO MAYOR CON OFTALMOLOGIA Y ENTREGA DE GAFAS	4	56
TOTAL GENERAL	252	2405



JORNADAS DE SALUD REALIZADAS EN LA MEGA ESTACIÓN DE POLICIA

JORNADAS MEGA ESTACION 2025			
MES	DIAS	TOTAL JORNADAS	USUARIOS ATENDIDOS
FEB	18,25	2	28
MAR	18, 25	2	23
ABR	1,8,15,22,29	5	50
MAY	6,13,20,27	4	50
JUN	3,10,17,24	4	59
JULIO	1,8,15,22,29	5	72
AGOSTO	5,12,26	3	32
SEPTIEMBRE	9,23	2	27
OCTUBRE	7,21	2	22
NOVIEMBRE	4,18	2	26
DICIEMBRE	2,16,23,30	4	48
TOTAL		35	437

JORNADAS DE DISCAPACIDAD MUNICIPIO DE YUMBO

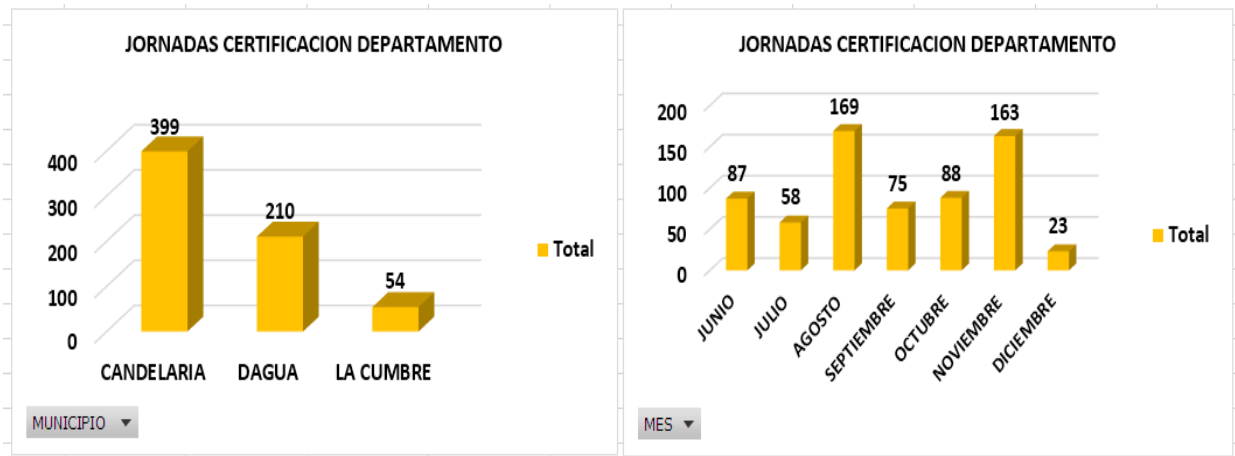
OTRAS JORNADAS	mar-28	VALOR	ABRIL 11, 25	VALOR	MAYO 9,23	VALOR	JUNIO 13,27	VALOR	JULIO 11,25	VALOR	AGOSTO	VALOR	NOVIEMBRE EL DIA 28	VALOR	DICIEMBRE 12, 18, 19
USUARIOS ATENDIDOS EN JORNADAS DISCAPACIDAD	24	\$4.052.952	23	\$3.884.079	56	\$ 9.456.888	29	\$4.897.317	27	\$4.559.571	0	0	19	\$ 3.206.687	49



DISCAPACIDAD CON EL DEPARTAMENTO 2025

DISCAPACIDAD DEPARTAMENTO 2024					
ACTIVIDAD	VALOR	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	AVANCE	
DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE SALUD PUBLICA PARA LA POBLACION DE DISCAPACIDAD EN EL VALLE DEL CAUCA	\$ 128.421.600	JUNIO	DICIEMBRE	800	100%

Graficas. Jornadas Certificación Discapacidad Departamento



Como se observa en las gráficas anteriores, en total a nivel Departamento se efectuaron 663 certificaciones de discapacidad; donde 399 (60,2%) correspondieron a habitantes del municipio de Candelaria, seguido por **Dagua con 210 (31,7%)** y en menor proporción **La Cumbre con 54 (8,1%)**.

Liderazgo y ejecución del Proyecto de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado – PAPSIVI, en el marco del Contrato Interadministrativo N.º 114-19130006, a cargo de la Psicóloga Lina María Valencia y la Trabajadora Social Lorena Hurtado, apoyado por el psicólogo Richard Bejarano.

Entre los meses de septiembre a diciembre se ejecutó el contrato interadministrativo de atención a población VCA bajo el enfoque del PAPSIVI.



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES

www.hospitalesporlasaludambiental.org

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO ALCALDIA MUNICIPAL DE YUMBO						INFORME AVANCE DE EJECUCIÓN No.4: DICIEMBRE 01 AL 20 DE 2025	
HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA E.S.E.							
PRESTAR LOS SERVICIOS DE ATENCION PSICOSOCIAL CON ENFOQUE DEL PROGRAMA PAPSIVI A LA POBLACION VICTIMA DEL MUNICIPIO DE YUMBO							
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	S E P	O C T	N O V	D I C	POBLACION META	EJECUCION	% CUMPLIMIENTO
1 Realizar valoraciones por equipo interdisciplinario conformado por trabajador/a social y psicologo/a, acompañamiento terapéutico y sesiones de seguimiento (Sesiones Individuales).	6	14	30	21	71	71	100%
2 Realizar valoraciones por equipo interdisciplinario conformado por trabajador/a social y psicologo/a, acompañamiento terapéutico y sesiones de seguimiento (Sesiones Familiares)	6	13	20		39	39	100%
3 Realizar valoraciones por equipo interdisciplinario conformado por trabajador/a social y psicologo/a, acompañamiento terapéutico y sesiones de seguimiento (Sesiones Comunitarias)			1	4	100	5	100%

Durante el período referido, se evidencia un cumplimiento del 100 % de las metas, establecidas en el contrato interadministrativo. Se logró la atención de 71 personas a nivel individual, 39 familias y 5 intervenciones comunitarias, garantizando el acompañamiento psicosocial mediante un equipo interdisciplinario conformado por psicología y trabajo social, conforme a los lineamientos del programa PAPSIVI.

Las sesiones individuales permitieron abordar de manera oportuna las afectaciones emocionales y psicosociales de la población víctima, fortaleciendo procesos de recuperación emocional, afrontamiento y restablecimiento de derechos.

Las sesiones familiares contribuyeron al fortalecimiento de los vínculos, la comunicación y el apoyo intrafamiliar, aspectos fundamentales para la reparación emocional y la construcción de entornos protectores.

Registro Fotográfico PAPSIVI 2025



APS MUNICIPIO

1.7.1 CUADRO DE EJECUCIÓN

Mes	Cantidad Programada	Cantidad Ejecutada	% de Ejecución
Junio 2025	(mes de inducción y capacitaciones)	N/R	0%
Julio 2025	750 hogares	942	125,6 %
Agosto 2025	750 hogares	999	133,2 %
Septiembre 2025	750 hogares	1000	133,3%



Octubre 2025

750 hogares



SC 44691737



98,26%



Noviembre 2025

Otro si (aditamento)

131

N/A

**TOTAL (Julio -
Noviembre)**

3.000 hogares

3413

113,766%

En el desarrollo del proyecto de Atención Primaria en Salud (APS) se programó la ejecución de un número determinado de caracterizaciones a la población priorizada, las cuales se llevaron a cabo conforme a la planeación inicial. Sin embargo, durante los procesos de revisión, validación y control de calidad de la información recolectada, se identificó que una parte de dichas caracterizaciones presentaba inconsistencias, errores de diligenciamiento y falta de criterios técnicos requeridos para su validación final.

Debido a los tiempos establecidos para el cierre de la información y a la magnitud de los ajustes requeridos, no fue posible realizar la corrección total de aproximadamente 400 caracterizaciones, motivo por el cual estas no pudieron ser incluidas dentro del consolidado final del proyecto. En consecuencia, y luego de depurar la base de datos y garantizar la calidad y veracidad de la información reportada, el número real y oficialmente validado de caracterizaciones efectivamente realizadas asciende a 3.413, cifra que refleja el avance real del proyecto bajo criterios técnicos y de calidad de la información.

Además, en el marco del contrato suscrito para la ejecución de actividades relacionadas con la Gestión Integral del Riesgo en Salud en 3.000 hogares del municipio de Yumbo, se ha definido una estrategia de seguimiento mensual a través de un cuadro de ejecución técnica. Este instrumento tiene como objetivo principal monitorear y evidenciar el cumplimiento progresivo de la meta establecida, permitiendo así garantizar la calidad, trazabilidad y oportunidad en la implementación del proyecto.

El cuadro contempla cinco meses de ejecución operativa (junio a octubre de 2025). Sin embargo, el mes de junio fue destinado exclusivamente para actividades de inducción, formación y alistamiento del personal de campo, por lo tanto, no se contabiliza en la caracterización de hogares. Es decir, la ejecución efectiva inicia en julio y se distribuye durante los meses de julio, agosto, septiembre y octubre, con una meta mensual de 750 hogares caracterizados, que al final del período debe sumar un total de 3.000 hogares intervenidos.

El funcionamiento del cuadro se basa en tres variables por cada mes:

1. **Meses proyectados a la meta:** Cantidad de meses en proyecto de ejecución.



SC 4469-1



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

2. **Cantidad Programada:** número de hogares proyectado para caracterizar en cada mes (750 HOGARES).
3. **Cantidad Ejecutada:** número real de hogares caracterizados y registrados según soportes técnicos en la plataforma Gestor y evidencias.
4. **Porcentaje de Ejecución:** resultado de dividir la cantidad ejecutada entre la programada, expresado en porcentaje.

Este formato de seguimiento mensual permite verificar si el contratista está cumpliendo con las metas acordadas en tiempo y forma, y se convierte en una herramienta fundamental para efectos de verificación contractual y proceso de pago.

Importancia

- **Control y trazabilidad:** Facilita el control del avance mensual del proyecto y permite identificar posibles retrasos o desviaciones a tiempo.
- **Transparencia en la gestión:** Asegura que el proceso esté basado en resultados medibles y verificables.
- **Soporte para pago:** La ejecución mensual efectiva es un **criterio técnico indispensable para autorizar el desembolso de recursos** asociados al contrato.
- **Evaluación del desempeño:** Permite evaluar el rendimiento del equipo operativo y realizar ajustes estratégicos si es necesario.
- **Rendición de cuentas:** Sirve como soporte para informar a entes de control, comunidad e instituciones involucradas sobre el progreso de la intervención.

- **Viviendas intervenidas**



El cumplimiento y superación de la meta propuesta 3413 viviendas caracterizadas frente a una meta inicial de 3000, evidencia no solo la eficiencia operativa del equipo de Atención Primaria en Salud (APS), sino también la consolidación de una estrategia territorial efectiva. Este sobrecumplimiento demuestra la capacidad de adaptación y respuesta de los equipos básicos ante los retos logísticos y geográficos del territorio, optimizando los recursos humanos y técnicos disponibles.

Desde un enfoque cualitativo, la caracterización de viviendas permitió un acercamiento directo con las familias, generando confianza y fortaleciendo el vínculo entre la comunidad y el sistema de salud. Este proceso, más allá de su componente cuantitativo, permite así



SC 4469-1



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

una comprensión integral de los determinantes sociales y ambientales que inciden en la salud, sentando las bases para intervenciones intersectoriales más pertinentes y sostenibles.

El análisis de la información recolectada ofrece insumos valiosos para la planificación local en salud, permitiendo priorizar problemáticas, focalizar acciones de promoción y prevención, y orientar la oferta de servicios hacia las necesidades reales de la población. En ese sentido, el proceso de caracterización no solo cumple un rol diagnóstico, sino que se constituye como una herramienta estratégica de gestión y toma de decisiones basada en evidencia.

De igual forma, la experiencia fortaleció las competencias del talento humano en terreno, promoviendo el trabajo en equipo, la gestión comunitaria y la aplicación práctica del enfoque de Atención Primaria renovada. La articulación con líderes comunitarios y actores locales amplió el impacto de la estrategia, generando apropiación social y sostenibilidad del proceso más allá de la vigencia del proyecto.

En síntesis, el cumplimiento de la meta propuesta, acompañado de la calidad del trabajo desarrollado, reafirma la pertinencia de la APS como eje estructurador de la atención en salud. El proceso de caracterización territorial se consolida como un pilar fundamental para avanzar hacia un modelo de atención más equitativo, participativo y centrado en las personas, con capacidad para transformar las condiciones de vida y salud de la población.

- **Familias intervenidas**



El total de 3863 familias caracterizadas durante el periodo de julio a octubre representa un hallazgo de gran relevancia para la comprensión de la dinámica social y sanitaria del territorio. La diferencia entre el número de viviendas (3678) y el número de familias evidencia la presencia de hogares multifamiliares, un fenómeno que trasciende el plano demográfico y se vincula estrechamente con determinantes estructurales de la salud.

Esta situación puede reflejar procesos de vulnerabilidad socioeconómica, donde factores como el déficit habitacional, la inseguridad laboral o los altos costos de arrendamiento conducen a la cohabitación de varios núcleos familiares en un mismo espacio físico. A su vez, la convivencia extendida por razones culturales o de apoyo intergeneracional puede generar tanto oportunidades de acompañamiento social como riesgos sanitarios



SC 4469-1



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

específicos, relacionados con el hacinamiento, la transmisión de enfermedades respiratorias y parasitarias, o el estrés familiar derivado de la falta de privacidad y recursos compartidos.

Desde la perspectiva de la Atención Primaria en Salud (APS), este hallazgo obliga a repensar el abordaje territorial, entendiendo que una vivienda no siempre equivale a una unidad familiar homogénea. Por tanto, las intervenciones deben ajustarse a esta realidad, promoviendo la identificación y seguimiento de cada núcleo familiar de forma diferenciada, con énfasis en las condiciones de habitabilidad, convivencia, acceso a servicios básicos y redes de apoyo.

Además, este tipo de información abre oportunidades para una articulación intersectorial más efectiva. Los datos sobre hogares multifamiliares deben ser compartidos y analizados junto con dependencias municipales de vivienda, planeación, desarrollo social y educación, a fin de generar estrategias conjuntas que mitiguen el hacinamiento y mejoren las condiciones de vida. Desde la salud pública, este conocimiento permite priorizar sectores con mayor vulnerabilidad y orientar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades en espacios comunitarios.

En términos de gestión del conocimiento, la caracterización de 3718 familias aporta evidencia empírica que refuerza el valor de los procesos de territorialización y vigilancia comunitaria. Al visibilizar la estructura y composición real de los hogares, se sientan bases sólidas para una planificación basada en necesidades reales y no solo en proyecciones censales. Esta aproximación mejora la capacidad resolutoria de la APS y fortalece el enfoque integral de la atención, centrado en las personas, las familias y la comunidad.

Finalmente, la identificación de hogares multifamiliares también plantea desafíos y oportunidades para el fortalecimiento de la participación social en salud. La convivencia de varios núcleos en un mismo espacio puede facilitar procesos de organización barrial, liderazgo comunitario y trabajo en red, si se canaliza adecuadamente desde la estrategia de APS.

- **Individuos Impactados**



El total de 6649 personas caracterizadas e impactadas durante el periodo de julio a octubre representa un logro sustantivo dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Esta cifra evidencia una alta penetración comunitaria, alcanzando una



SG 4469-1



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

proporción significativa de la población residente en el territorio, y consolidando la presencia institucional en los espacios cotidianos de la comunidad.

Más allá de la magnitud del número, este resultado refleja la efectividad del enfoque centrado en las personas, donde cada individuo fue abordado desde una mirada integral que reconoce los determinantes sociales, culturales y ambientales que condicionan su bienestar. La identificación y registro de casi seis mil personas permitió avanzar en la vigilancia activa de factores de riesgo, facilitando la detección temprana de condiciones crónicas, situaciones de vulnerabilidad social y brechas en el acceso a servicios de salud.

Desde la perspectiva epidemiológica, el impacto individual alcanzado constituye una base sólida para la planificación en salud, ya que proporciona información actualizada sobre la distribución de grupos etarios, condiciones de salud prevalentes, dinámicas familiares y patrones de riesgo. Estos datos fortalecen la capacidad resolutoria de los equipos básicos, al permitir un seguimiento focalizado de casos priorizados y la implementación de acciones de prevención y promoción ajustadas a los perfiles locales.

En términos operativos, la cobertura obtenida demuestra la eficiencia del trabajo territorial, la apropiación del enfoque de APS por parte del talento humano, y la consolidación de mecanismos de acercamiento comunitario sostenibles. La presencia activa de los equipos de salud en los hogares generó confianza y participación, lo que se traduce en un aumento de la demanda informada y una reducción de barreras de acceso, especialmente en poblaciones históricamente rezagadas o con menor vínculo con el sistema.

El impacto individual alcanzado permite fortalecer la continuidad del cuidado, garantizando que las personas identificadas sean vinculadas a los servicios de salud según su nivel de riesgo y necesidad. Este proceso contribuye directamente al modelo de atención integral, promoviendo una atención oportuna, preventiva y resolutoria, y avanzando hacia una gestión del riesgo individual y familiar más efectiva.

Finalmente, la información derivada de los 5908 individuos impactados constituye un insumo estratégico para la gestión intersectorial. Los hallazgos relacionados con determinantes sociales (como empleo, educación, vivienda o entorno) abren la posibilidad de articulación con otros programas municipales y comunitarios, asegurando una respuesta más coordinada y sostenible. De esta forma, el impacto individual trasciende la atención en salud, aportando a la construcción de territorios saludables y resilientes.

- **Gestantes Intervenidas**





Durante el periodo comprendido entre Julio y diciembre, el proyecto de Atención Primaria en Salud logró consolidar acciones fundamentales orientadas a la gestión del riesgo en el territorio, con énfasis en la población materno-perinatal. En este marco, fueron intervenidas 33 mujeres gestantes, cifra que adquiere un valor estratégico al analizarse desde la capacidad operativa de los equipos básicos y su desempeño en la identificación temprana de población priorizada.

Este resultado evidencia avances significativos en la búsqueda activa, la intervención domiciliaria y la caracterización integral de las gestantes. La detección oportuna permitió no solo registrar casos nuevos, sino también identificar oportunamente riesgos biopsicosociales asociados a la gestación, lo cual contribuyó a disminuir complicaciones obstétricas y mejorar los desenlaces materno-infantiles. De igual manera el acompañamiento realizado facilitó el acceso oportuno a controles prenatales, la vinculación con programas de salud sexual y reproductiva y la orientación en temas clave como nutrición, lactancia y planificación familiar posparto.

Desde la perspectiva de salud pública, estas 33 intervenciones se comportan como un indicador centinela del desempeño territorial, reflejando la capacidad del modelo de APS para acercarse de manera efectiva a las comunidades, reducir barreras de acceso (geográficas, administrativas y culturales) y fortalecer la confianza de la población hacia los servicios de salud. Este nivel de acercamiento es especialmente relevante en territorios con condiciones de vulnerabilidad social, donde los factores de pobreza, baja escolaridad, redes de apoyo insuficientes y entornos familiares complejos pueden incrementar los riesgos materno-perinatales.

Las visitas domiciliarias permitieron evaluar la existencia o no de determinantes sociales críticos, tales como violencia intrafamiliar, inseguridad alimentaria, dificultades de adherencia, riesgos ambientales y condiciones de habitabilidad inadecuadas. La articulación intersectorial y el acompañamiento psicosocial fueron fundamentales para abordar estos factores, reafirmando que la APS no solo interviene lo clínico, sino que actúa integralmente sobre el contexto de vida de las mujeres y sus familias.

El proceso desarrollado también fortaleció las competencias del equipo de salud en educación para el autocuidado, consejería, empoderamiento femenino y promoción de derechos sexuales y reproductivos, elementos centrales de la APS renovada. Estas acciones contribuyen a mejorar no solo los indicadores clínicos, sino la percepción de acompañamiento, seguridad y preparación de las mujeres frente a su maternidad.



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org





COMITES INTERINSTITUCIONALES

Nº	COMITES	PERIODICIDAD	INTEGRANTES DEL COMITÉ	LIDER DEL PROCESO
1	URGENCIAS-REFERENCIA Y CONTREREFERENCIA	Bimensual	coordinador medico, subgerente científico, enfermera jefe, líder seguridad del paciente, auditor de historias clínicas, representante de referencia, representante de conductores, coordinadora de enfermería de urgencias y hospitalización.	Carlos Montoya y JEFE BEATRIZ
2	FARMACIA Y TECNO VIGILANCIA	Bimensual	subgerente científica, regente de farmacia, coordinador medico, líder salud oral, líder mantenimiento, líder laboratorio clínico, líder de enfermería, técnico administrativo de almacén, representante de calidad.	Subgerente Científica
3	INFECCIONES	Mensual	subgerente científico, coordinador medico, jefe de pyp, trabajadora social, médico general, especialista de consulta externa, líder de enfermería, líder de puestos de salud, responsable de estadística.	Subgerente Científico Y Seguridad del paciente
4	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA COVE	Mensual	subgerente científico, coordinador medico, jefe de pyp, trabajadora social, médico general, especialista de consulta externa, líder de enfermería, líder de puestos de salud, responsable de estadística.	Subgerente Científico Y coordinador medico
4	HISTORIAS CLINICAS	Bimensual	subgerente científico, coordinador medico, líder de enfermería, líder de salud oral, técnico administrativo de archivo, auxiliar de información en salud, representante de auditoría médica y estadístico.	auditor de historias clínicas dr Mateo Arteaga
5	ETICA	Mensual	subgerente científica, Dr Richard Gonzalez, Jefe Aleida Jojoa, 2 representantes de la asociación de usuarios.	Subgerente Científica
6	IAMI	bimensual	subgerente científico, ginecologo, pediatra, líder de enfermería, nutricionista, representante de calidad, representante comité de buen trato, líder salud oral, jefe pyp, representante salud comunitaria, un representante de la comunidad.	Lider IAMI (Lezeth Torres)
7	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Mensual	subgerente científico, gerente, subgerente de calidad, subgerente administrativo, coordinador medico, líder pyp, líder de enfermería, líder laboratorio, líder salud oral, líder mantenimiento.	Lider Seguridad del Paciente Jefe Jorge Holguin
8	CODIGO AZUL	Mensual	subgerente científico, gerente, subgerente de calidad, subgerente administrativo, coordinador medico, líder pyp, líder de enfermería, líder laboratorio, líder salud oral, líder mantenimiento.	coordinacion medica dr. Ivan Manosalva
9	COMITÉ DE ALTO RIESGO REPRODUCTIVO	Trimestral	subgerente científico, gerente, subgerente de calidad, Líder de Ruta Materno Perinatal, coordinador medico, líder pyp, líder de enfermería Urgencias, Auditor Medico Historias Clínicas, invitado permanente (asesor de Control Interno) y Invitado Permanente (líder seguridad del paciente).	Lider de Promocion y Prevencion Jefe Mario Alvarado
10	COMITÉ DE VIOLENCIA SEXUAL	Trimestral	subgerente científico, gerente, coordinador medico, líder de enfermería, Líder de consulta externa, Psicología y trabajadora Social	coordinacion y Salud Mental
11	SEGURIDAD Y SALUD DEL TRABAJO	Trimestral	subgerente científico, gerente, subgerente de calidad, Líder de Ruta Materno Perinatal, coordinador medico, líder pyp, líder de enfermería Urgencias, Auditor Medico Historias Clínicas, invitado permanente (asesor de Control Interno) y Invitado Permanente (líder seguridad del paciente).	Lider de seguridad en el trabajo Nilson Puente



PLAN DE CAPACITACIÓN 2025

Las capacitaciones programadas y realizadas al grupo de enfermería y personal médico, en los servicios de urgencias, hospitalización y partos dentro del plan de capacitación institucional del año 2025.

MES	TEMAS
ENERO	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
	ATENCION CON ENFOQUE DIFERENCIAL
FEBRERO	MANEJO DE HISTORIA CLINICA
	URGENCIAS ODONTOLÓGICAS
	ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS, DE ALTO RIESGO Y VENOPUNCIÓN
	GUÍA DE MANEJO DE HERIDAS Y CURACIONES
	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA INSERCIÓN DE SONDA VESICAL
	GUÍA PARA MANEJO DE LÍQUIDOS
MARZO	ATENCION A VICTIMAS DE AGENTES QUIMICOS
	DOLOR ARTICULAR –FRACTURAS -INMOVILIZACIONES
	PROCEDIMIENTO ENTREGA Y RECIBO DE TURNO DE ENFERMERÍA
	PROTOCOLO MANEJO DE CARRO DE PARO
	SARAMPION
	TRIAGE - ACTUALIZACIONES
ABRIL	SISTEMA DE RESPUESTA RAPIDA – CODIGO AZUL – CODIGO ROJO
	DESNUTRICION-ANTHRO- RESOLUCION 2350
	FIEBRE AMARILLA
	PROTOCOLO DE SUJECIÓN O INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA
	PROTOCOLO DE PREPARACIÓN PARA TOMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS
	RESOLUCION 2275/23 RIPS-JAYSON
MAYO	INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)
	EMERGENCIA OBSTETRICA
	GUIA DE ATENCION DE PACIENTES CON DENGUE
	ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA
	SINDROME FEBRIL
	MANEJO DE PACIENTES EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN QUE POR SU CONDICIÓN CLÍNICA REQUIERAN AISLAMIENTO



SC 4469-1



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES

www.hospitalesporlasaludambiental.org

	PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS
	AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA (APTR)
JUNIO	DOLOR ABDOMINAL
	INFECCION DE VIAS URINARIAS
	ATENCIÓN DEL PARTO Y SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA
	ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y PUERPERIO
	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRABAJO DE PARTO
JULIO	AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA (APTR)
	PREPARACIÓN SOLUCIONES DESINFECTANTES
	LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS
	GESTION DE LA DONACION DE ORGANOS
AGOSTO	ADECUADO MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA
	TOSFERINA
	CIE 11
SEPTIEMBRE	CEFALEA Y MIGRAÑA
	RUTA DE ATENCION Y NOTIFICACION DE POSIBLES DONANTES ORGANOS Y TEJIDOS
	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)
	INFECCION DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS
OCTUBRE	HIPERTENSION ARTERIAL
	DIABETES MELLITUS
	SALUD MENTAL
NOVIEMBRE	CALIDAD DE INCAPACIDADES
	QUEMADURAS POR POLVORA
	INTOXICACIONES METANOL- FOSFORO BLANCO
	ETA
	BUEN MORIR
	PROA
DICIEMBRE	TRAUMA CRANEO ENCEFALICO (TEC)
	VIOLENCIAS



CONVENIOS DOCENTE ASISTENCIAL

NOMBRE INSTITUTO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
INTEV	19 DE MARZO 2013 OTROSI 27 DE MARZO 2015 PRORROGA 09 DE MARZO DEL 2020	18 DE MARZO DEL 2033
CENCAC	29 DE AGOSTO DE 2022	29 DE AGOSTO DE 2032
CES	NOVIEMBRE DE 2022	NOVIEMBRE DE 2032
UNICATOLICA	25 DE JUNIO DE 2019	25 DE JUNIO 2029
ESCUELA NACIONAL DEL DEPORTE	30 DE MAYO DE 2019	30 DE MAYO DE 2029
SALAMANDRA	10 DE NOVIEMBRE 2015	MARZO DE 2025
CLINICA BLANCA	31 DE ENERO DE 2024	FEBRERO 01 DE 2024

PROCESOS ASISTENCIALES

CONSULTA EXTERNA

DIA	CODIGOS ESPECIALISTAS	ESPECIALISTA	CONSULTORIO	HORARIO	TOTAL DE HORAS
LUNES	890266 1 VEZ MED INTERNA 890366 CONT MED INTERNA	LUIS CARLOS GOMEZ	101	8-15	7 H
LUNES	890250 (1 VEZ GINECOLOGIA	JHON PAUL ALVARADO	4 UGER	8 A 17	9H
LUNES	890208 1 VEZ PSICOLOGIA 890308 CONTROL	LINA VALENCIA	207	8 - 11	3H
LUNES	890209 1 VEZ TRABAJO SOCIAL	LORENA HURTADO	6 UGER	2 - 5	3 H
MARTES	890266 1 VEZ MED INTERNA 890366 CONTROL MED INTERNA	LUIS CARLOS GOMEZ	101	8-14	6 H
MARTES (INICIA 25 MARZO)	890283 1 VEZ PEDIATRIA 890383 CONTROL PEDIATRIA	CARLOS NARVAEZ PEDIATRIA	102	8AM-15 HRS	7H
MARTES	890250 1VEZ GINECOLOGO	JUAN CARLOS MONTAÑO	4 UGER	7-11 CONSULTA	4 H
MARTES	890208 1 VEZ PSICOLOGIA 890308 CONTROL	SIDNEY NIEVA	207 MAÑANA	8 - 11 AM	3H
MARTES	890208 1 VEZ PSICOLOGIA 890308 CONTROL	LINA VALENCIA	207	2 - 5	3H



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

MARTES	890208 1 VEZ PSICOLOGIA 890308 CONTROL	CHRISTIAN BISCUE	102	8 - 12	4H
MARTES	890209 1 VEZ TRABAJO SOCIAL	LORENA HURTADO	6 UGER	2 - 5	3 H
MIERCOLES	890283 1 VEZ PEDIATRIA 890383 CONTROL PEDIATRIA	CARLOS NARVAEZ PEDIATRIA	102	8AM-15 HRS	7H
MIERCOLES	890263 1 VEZ MED FLIAR 890363 CONTROL MED FLIAR	GUSTAVO BEJARANO	101	07AM -17HRS	10H
MIERCOLES	890206 1 VEZ NUTRICION 890306 CONTROL NUTRICION	JENNY TORRES	103	8AM -15	7H
MIERCOLES	890250 (1 VEZ GINECOLOGIA	JHON PAUL ALVARADO	4 UGER	8 AM A 17	9H
MIERCOLES	890208 1 VEZ PSICOLOGIA 890308 (CONTROL)	SIDNEY NIEVA	207 MAÑANA	8 - 11 AM	3H
MIERCOLES	890208 (1 VEZ) PSICOLOGIA 890308 (CONTROL)	LINA VALENCIA	207 MAÑANA	2 - 5	3H
MIERCOLES	890209 1 VEZ TRABAJO SOCIAL	LORENA HURTADO	6 UGER	2 - 5	3 H
JUEVES	890206 (1 VEZ) NUTRICION 890306 CONTROL NUTRICION	JENNY TORRES	103	8AM -15	7H
JUEVES	890283 (1 VEZ) PEDIATRIA 890383 CONTROL PEDIATRIA	CARLOS NARVAEZ PEDIATRIA	102	8AM-15 HRS	7H
JUEVES	890280 (1 VEZ) ORTOPEDIA 890380 CONTROL ORTOPEDIA	LEONARDO CHACIN	101	14 - 22 HRS	8H
JUEVES	890235 (1 VEZ) CIRUGIA 890335 CONTROL CIRUGIA	BADER ANTONIO KANDLAR LOPERA	101	7 - 3 HRS 7 - 1 CUANDO TIENE CIRUGIAS	8H 6H (CUANDO TENGA CIRUGIAS)
JUEVES	890208 1 VEZ PSICOLOGIA 890308 (CONTROL)	SIDNEY NIEVA	209 MAÑANA	8 - 11 AM	3H
JUEVES	890208 1 VEZ PSICOLOGIA 890308 (CONTROL)	CHRISTIAN BISCUE	4 UGER	8 - 12 AM	4H
VIERNES	890263 (1 VEZ) MED FLIAR 890363 CONTROL MED FLIAR	GUSTAVO BEJARANO	101	07AM - 17HRS	10 H
VIERNES	890250 (1 VEZ) GINECO	JUAN CARLOS MONTAÑO	4 UGER	7 - 11 ECO Y PROCE	4H
VIERNES	890208 1 VEZ PSICOLOGIA 890308 (CONTROL)	CHRISTIAN BISCUE	207	8 - 12 AM	4H
SEGÚN PROGRAMA DE CIRUGIA	890226 ANESTESIOLOGIA	CRISTHIAN ARANGO	CONSULTO RIO CIRUGIA		

MEDICO GENERALES CONSULTA EXTERNA

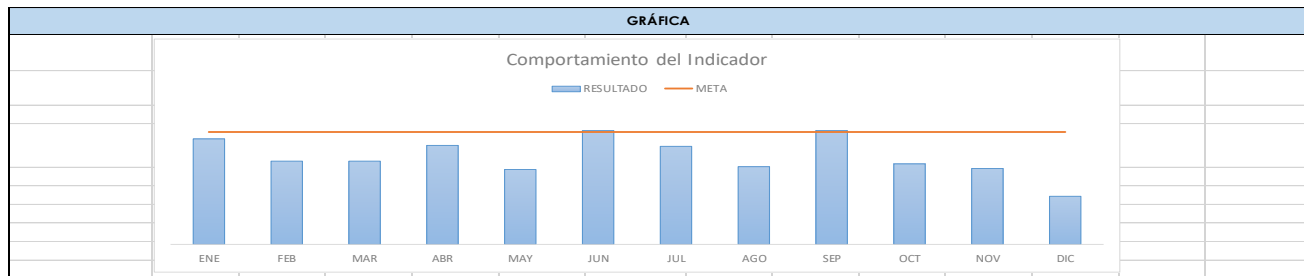
DIA	CODIGOS CONSULTAS	NOMBRE MD GRAL	CONSULTO RIO	HORARIO	TOTAL DE HORAS
LUNES A VIERNES	890201 CONSULTA 1 VEZ 890301 CONTROL O SGTO	GUSTAVO POLANCO	103	14 - 18	4H
LUNES A VIERNES	890201 CONSULTA 1 VEZ 890301 CONTROL O SGTO	GUILLERMO LEON OTERO	104	07 - 17	10H



LUNES A VIERNES	890201 CONSULTA 1 VEZ 890301 CONTROL O SGTO	MARIA ALEJANDRA SANCHEZ	105 7-13	07 - 13	6H
LUNES A JUEVES	890201 CONSULTA 1 VEZ 890301 CONTROL O SGTO 965200 LAVADO DE OIDOS 862701 ONICECTOMIA	MARIO POMBO	105	13 -21	8H
LUNES A SABADO	890201 CONSULTA 1 VEZ 890301 CONTROL O SGTO	ERICK ANTONIO NAGGLES	108	09 - 17	8H
MARTES A JUEVES	890201 CONSULTA 1 VEZ 890301 CONTROL O SGTO	MARIA FERNANDA ESCOBAR	204	07 - 13	6H

OPORTUNIDAD EN CITAS MEDICINA GENERAL

Datos / Período	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
META	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RESULTADO	2,79	2,20	2,22	2,64	1,99	3,04	2,61	2,07	3,03	2,14	2,00	1,28
NUMERADOR	6.893	5.116	4.774	4.685	3.462	3.190	3.492	2.553	4.405	2.816	1.884	1.302
DENOMINADOR	2.468	2.323	2.153	1.775	1.737	1.051	1.338	1.232	1.455	1.318	940	1.017

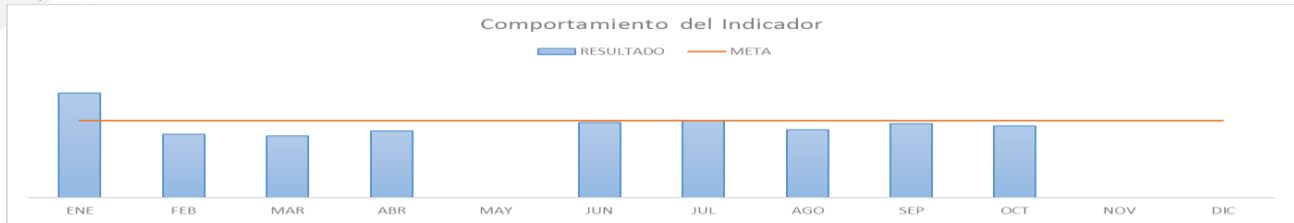


En cuanto a la oportunidad para la consulta médica general tenemos que el promedio del periodo enero a diciembre de 2025, el resultado fue en promedio de 2,3 días, para acceder a la consulta. El resultado se ubica dentro de la meta definida para el servicio la cual es de 3 días.

CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA

PEDIATRIA:

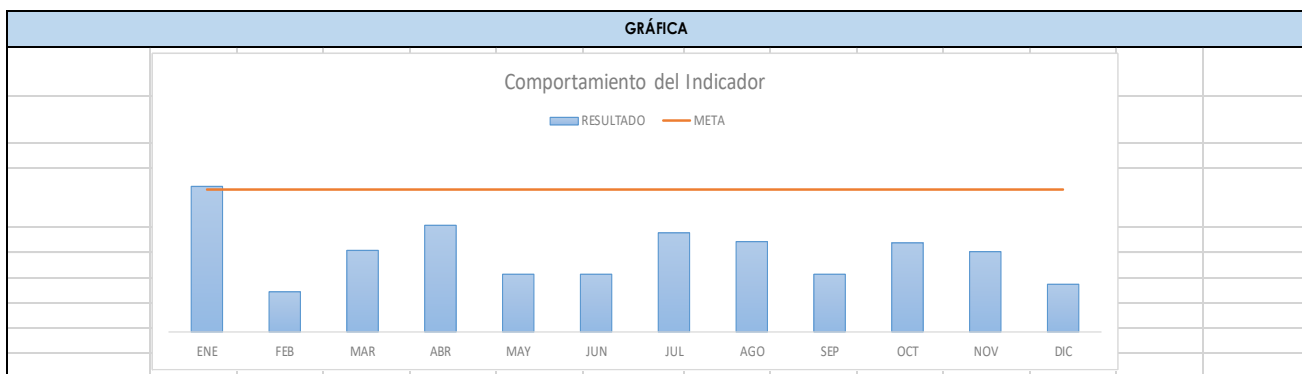
Datos / Período	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
META	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
RESULTADO	6,79	4,12	4,00	4,33	#DIV/0!	4,88	5,01	4,38	4,80	4,63	2,82	#DIV/0!
NUMERADOR	448	247	440	637	-	834	797	385	571	440	203	-
DENOMINADOR	66	60	110	147	-	171	159	88	119	95	72	-



En cuanto a la oportunidad de la consulta especializada de pediatría tenemos que el promedio en el periodo de enero a diciembre de 2025 fue de 4,5 días para acceder a la consulta, donde la meta es de 5 días en la cual se observa que en dos meses no se ha cumplido la meta. Durante los meses de mayo y diciembre no se tuvo el servicio de pediatría.

GINECOLOGIA:

Datos / Período	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
META	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
RESULTADO	8,13	2,20	4,58	5,97	3,24	3,24	5,57	5,04	3,22	5,01	4,51	2,63
NUMERADOR	122	99	490	669	301	230	641	272	290	371	307	71
DENOMINADOR	15	45	107	112	93	71	115	54	90	74	68	27

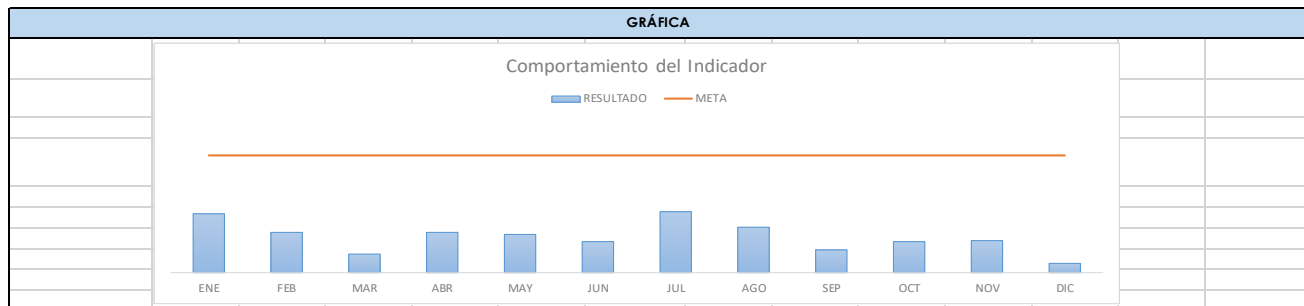


En cuanto a la oportunidad de la consulta especializada de Ginecología tenemos que el promedio en el año 2025 fue de 4.4 días para acceder a la consulta, endonde la meta es de 8 días, en la cual se observa el cumplimiento.



ORTOPEDIA:

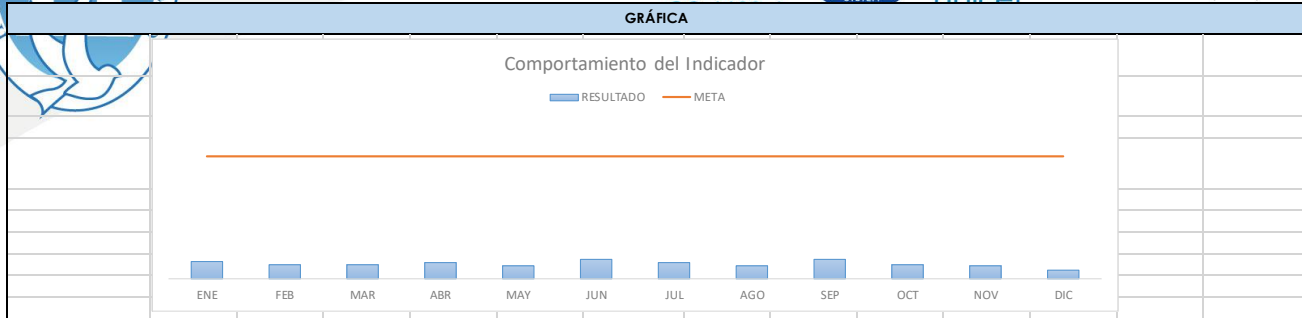
Datos / Período	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
META	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
RESULTADO	9,98	6,76	3,05	6,73	6,50	5,19	10,39	7,71	3,81	5,29	5,48	1,57
NUMERADOR	429	169	58	559	260	296	1.060	239	183	349	334	22
DENOMINADOR	43	25	19	83	40	57	102	31	48	66	61	14



En cuanto a la oportunidad de la consulta especializada de ortopedia tenemos que el promedio en el periodo de enero a diciembre de 2025 fue de 6 días para acceder a la consulta, donde se observa un cumplimiento de meta.

MEDICINA FAMILIAR

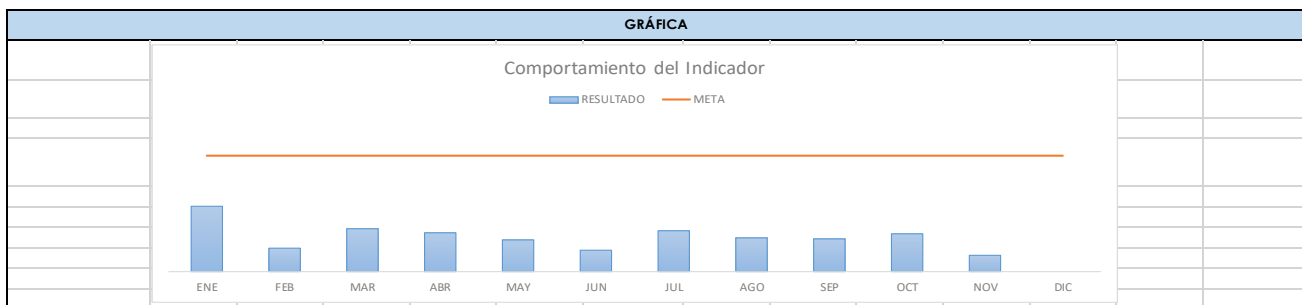
Datos / Período	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
META	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
RESULTADO	0,77	2,03	2,45	3,07	3,45	2,78	4,23	5,15	4,11	3,30	4,82	2,33
NUMERADOR	10	81	71	46	100	64	182	139	115	109	82	7
DENOMINADOR	13	40	29	15	29	23	43	27	28	33	17	3



En cuanto a la oportunidad de la consulta especializada de Medicina Familiar tenemos que el promedio en el año 2025 fue de 3.2 días para acceder a la consulta, cumplimento la meta que es de 20 días.

MEDICINA INTERNA

Datos / Período	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
META	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
RESULTADO	11,26	4,06	7,29	6,55	5,36	3,58	7,02	5,80	5,52	6,46	2,81	#¡DIV/0!
NUMERADOR	597	252	510	622	370	129	639	232	558	523	121	-
DENOMINADOR	53	62	70	95	69	36	91	40	101	81	43	-

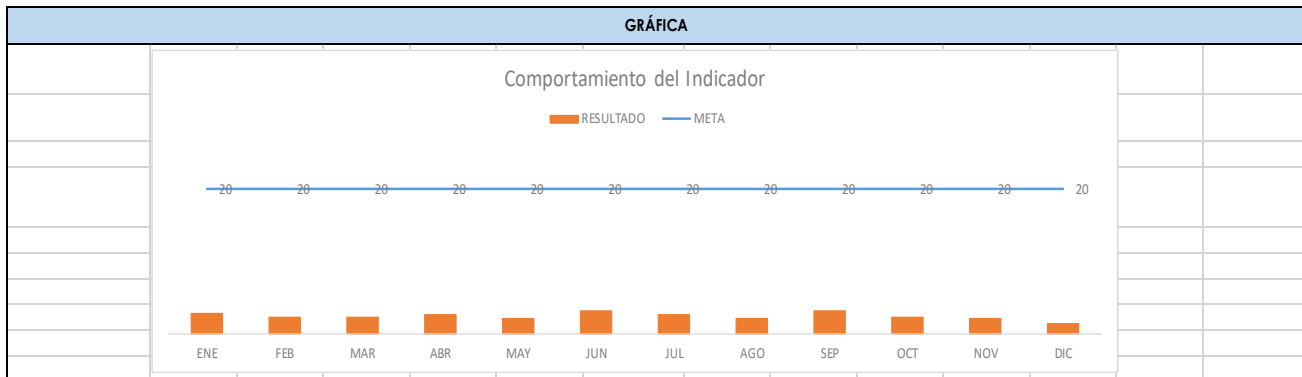


En cuanto a la oportunidad de la consulta especializada de Medicina Interna tenemos que el promedio en el año 2025 fue de 5.4 días para acceder a la consulta, cumplimento la meta que es de 20 días.

CIRUGIA GENERAL



Datos / Periodo	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
META	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
RESULTADO	#¡DIV/0!	1,00	4,98	#¡DIV/0!	2,63	2,54	4,46	5,70	8,87	6,39	5,52	1,50
NUMERADOR	-	28	199	-	79	66	241	131	204	211	138	3
DENOMINADOR	-	28	40	-	30	26	54	23	23	33	25	2



En cuanto a la oportunidad de la consulta especializada de Cirugía general tenemos que el promedio en el año 2025 fue de 3,6 días para acceder a la consulta, cumplimento la meta que es de 20 días.

TIEMPOS DISPONIBLES POR PROFESIONAL

ESPECIALISTAS			
ESPECIALIDAD	NOMBRE	HORAS DIA	DIAS
INTERNISTA	LUIS CARLOS GOMEZ GOMEZ	8	2 DIAS A LA SEMANA
PEDIATRA	CARLOS ALBERTO NARVAEZ	8	3 DIAS A LA SEMANA
NUTRICION	JENNY LIZETH TORRES	8	1 DIA A LA SEMANA
FAMILIAR	GUSTAVO BEJARANO	10	2 DIAS A LA SEMANA
GINECOLOGO	JHON PAUL ALVARADO	9	2 DIAS A LA SEMANA
GINECOLOGO	JUAN CARLOS MONTAÑO	4	2 DIAS A LA SEMANA
ORTOPEDIA	LEONARDO CHACIN	8	1 DIA A LA SEMANA
CIRUJANO	JOSE JOAQUIN GUZMAN	6	1 DIA A LA SEMANA



RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN – RIAs

RUTA INFANTIL

ESTRUCTURA:

Personal que conforman el programa de infancia, primera infancia, estrategias **IAMI** – AIEPI:

- 2 Médicos (4 horas al día)
- 1 Profesionales de Enfermería
- 1 Auxiliares de Enfermería (asignación de cita, manejo de datas Y demanda inducida)
- 1 Auxiliar de Enfermería para IAMI
- 1 Auxiliar de Enfermería para AIEPI

Objetivos

- Valorar y hacer seguimiento de la salud y el desarrollo integral (físico, cognitivo, social) de los niños y las niñas pertenecientes a la ruta de infantil de la población de Yumbo y sus alrededores.
- Identificar tempranamente la exposición o presencia de factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de los niños (as) mediante la información en salud con padres o cuidadores y niños (as).
- Derivar a sesiones educativas individuales o grupales de acuerdo a los hallazgos en la valoración a fin de potenciar o desarrollar capacidades para el cuidado de la salud de los niños y niñas.
- Identificar los menores con riesgos en cuanto a sus medidas antropométricas, e ingresarlos a un seguimiento para evaluar oportunamente los avances que tenga durante periodos de tiempo más cortos.



PLAN ESTRATEGICO PARA CUMPLIMIENTO DE METAS INDIVIDUALES AL PROGRAMA RUTA INFANTIL

ESTRATEGIAS	DESCRIPCION	SEGUIMIENTO
Estrategia 1. Fortalecer oferta de enfermería	1. Enfermeros entrenados y con 70% de horas en atención 2. Oferta ampliada para población no asegurada, asmet Salud, coosalud y Nueva EPS, entre otras.	1. Capacitación interna y externa por parte de la SSD 2. Empoderar a los Auxiliares de enfermería de la demanda inducida y de seguimiento de plantillas para informes requeridos. 3. Contratar otro jefe de enfermería, para mejorar el tiempo en asignación de citas y así mejorar la oportunidad y cumplimiento de metas.
Estrategia 2. Corrección de errores de asignación	Evitar las glosas por mala asignación de citas	Personal capacitado para la verificación de las rutas de atención establecidas para las asignaciones correctas de citas según los ciclos de vid establecidos en la resolución 3280
Estrategia 3. Demanda inducida para población mayor de 6 años	1. Se captan desde los diferentes servicios de salud 2. se captan a través de los grupos de APS. 3. Se realiza demanda inducida por parte los auxiliares del programa	Se realiza seguimiento bases de datos de las diferentes EPS, realizando llamadas telefónicas para reasignación de citas a los menores inasistentes.
Estrategia 4 Fortalecimiento del seguimiento a niños con riesgo de malnutrición: desnutrición y obesidad.	Fortalecimiento del sistema de información de 5 grupos: - DNT - Riesgo de DNT - Bajo peso al nacer - Prematuros - Obesidad y sobrepeso	Se tienen los 5 grupos activos, y se hacen seguimientos mensuales, quincenales o semanales dependiendo del riesgo de su estado nutricional
Estrategia 5 Entrega de suplementos	Se gestiona formulación, entrega de suplementos a los menores con DX de desnutrición moderada	Se realiza préstamo del stock de FLC mientras se gestiona con la EPS la autorización de este y Se verifica que los menores reciban por parte de la farmacia asignada por la EPS el suplemento requerido en un tiempo prudente, para evitar complicaciones en la salud del menor.
Estrategia 6 Demanda inducida en la instrucciones educativas	Acercar el servicio a la población infantil la de mayor dificultad para la captación	Efectivamente se logró trabajar con una institución educativa, todo el proceso de información, documentación y logística, sin embargo se desestimó la estrategia por falta de recurso humano, pues se cubría con el mismo personal institucional.
7. Demanda inducida con la base de datos de los nacidos vivos	Lograr iniciar la ruta infantil a los nacidos vivos con oportunidad	Se realiza seguimiento a los menores para lograr que la población de nacidos vivos inicien a tiempo con el control de la ruta infantil



COMPORTAMIENTO DE METAS ASMET SALUD SUBSIDIO ENERO A DICIEMBRE 2025

ACTIVIDADES EN ESTIMACION 2025														
ACTIVIDAD	ESTIMACION 2024 –	EJECUCION 2025	%	OBSERVACIONES										
PRIMERA INFANCIA MD	1456	714	49%	1291 META 2024										
PRIMERA INFANCIA ENF	1563	717	46%	1097 META 2024										
Hgb – Hto	4	0	0											
INFANCIA MEDICO	964	342	35%											
INFANCIA ENF	1016	324	32%											
Hgb-Hto	90	36	40%											
Vacunación VPH	1116	169	15%											
TOTAL	5089	2133	42%	SIN INCLUIR VPH										
Comportamiento por meses														
MES	PROM HIST	META MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PRIMERA INFANCIA MD	91	108	66	72	60	55	66	42	52	56	59	73	63	50
PRIMERA INFANCIA ENF	57	91	79	64	88	62	68	43	61	52	56	58	39	47
INFANCIA MEDICO	34	80	32	25	35	30	35	21	36	22	24	31	26	25
INFANCIA ENF	20	85	43	40	24	32	13	20	36	25	30	14	17	30



COMPORTAMIENTO DE METAS COOSALUD SUBSIDIADO-ENERO A DICIEMBRE 2025

ACTIVIDADES	META 2025	EJECUTADO	% CUMP
Atención 1 Infancia en salud por medicina general	258	162	63%
Atención 1 infancia en salud por profesional de enfermería	266	154	58%
Atención por profesional o Higienista	109	72	66%
Aplicación de barniz de flúor	181	129	71%
Profilaxis y remoción de placa bacteriana	181	114	63%
Atención Infancia en salud por medicina general	131	62	47%
Atención Infancia en salud por profesional de enfermería	117	79	68%
Tamizaje para anemia – Hemoglobina	4	12	300%
Aplicación de VPH	Sin dato	32	Sin dato
Atención por profesional o Higienista	121	76	63%
Aplicación de barniz de flúor	241	127	53%
Profilaxis y remoción de placa bacteriana	241	118	49%

% DE MENORES REPORTADOS CON DNT POR NUESTRA INSTITUCIÓN. ENERO A DICIEMBRE 2025

AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
2022	2	4	3	2	5	2	1	1	4	1	4	1	30
2023	2	3	6	2	1	0	2	0	0	0	2	0	18
2024	1	0	1	0	4	0	3	1	0	1	1	1	13
2025	2	2	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	9

Durante el año 2025 el comportamiento con los menores de 5 años con desnutrición fue de 9 pacientes que comparado con el año anterior hubo una disminución de casos en un 21%.

Cabe resaltar que de los 9 casos detectados en la vigencia del 2025 se lograron recuperar 8 y pasa 1 caso para continuar en recuperación en la vigencia 2026



REPORTE DE CASOS DE DESNUTRICIÓN

Cuando se presenta el caso de un menor 0 a 5 meses identificado en cualquier proceso de la ruta infantil con desnutrición se le llena la ficha del evento 113 y es llevado al servicio de urgencias para que se inicie el proceso de hospitalización e inicio del tratamiento con la fórmula de leche F-75.

Si el menor esta de 6 meses hasta los 59 meses se le radicaliza la prueba de apetito con el FTLC y si la prueba es positiva el medico procede a formular el alimento para que la madre del menor se acerque a la farmacia asignada por su EPS y reclame el nutriente.

Se procede a en enviar correo a la secretaria de salud Municipal (SSM) y a la EPS para el reporte del caso con las respectivas historias clínicas de los menores, adicional me contacto con la EPS vía telefónica para que nos ayude con la gestión de la entrega oportuna dl insumo.

Semanalmente se envía el seguimiento de los menores con desnutrición a la SSM con las respectivas historias clínicas, también se envía la BAI de los menores de 0 a 59 meses atendidos en la ruta infantil cada semana epidemiológica del año,

RUTA ADOLESCENTE Y JOVEN

Análisis Global de Ejecución vs Estimaciones

Durante el periodo evaluado, el programa presentó un comportamiento diferencial en el cumplimiento de las metas proyectadas según tipo de población y actividad:





Durante el periodo evaluado, la ruta de Valoración integral de adolescencia y juventud, muestra un comportamiento heterogéneo en el cumplimiento de las estimaciones pactadas con las EAPB en convenio, reflejando tanto fortalezas operativas como oportunidades de mejora en la planeación y captación poblacional.

En la población adolescente, se alcanzó un cumplimiento del 57% frente a lo estimado, lo cual indica una brecha significativa entre la población proyectada y la efectivamente atendida. Este comportamiento esta asociado a barreras de la baja percepción de riesgo en este grupo etario, dificultades en la captación temprana y menor demanda espontánea. Este resultado plantea la necesidad de fortalecer estrategias extramurales, replantear la estrategia aplicada en instituciones educativas y fortalecer las acciones de demanda inducida dirigidas específicamente a este grupo, así como involucrar a las EAPB en la captación, teniendo en cuenta la corresponsabilidad de la gestión del riesgo.

En contraste, la atención a la población joven presentó una sobre-ejecución del 346%, evidenciando una demanda superior a la inicialmente proyectada. Este comportamiento refleja una alta aceptación del programa, adecuada accesibilidad a los servicios y pertinencia de la oferta institucional. Sin embargo, también sugiere la necesidad de realizar ajustes en las proyecciones contractuales y en la asignación de recursos, con el fin de garantizar sostenibilidad operativa y financiera.

El componente de Planificación Familiar alcanzó un cumplimiento del 103%, lo cual demuestra un desempeño favorable en las acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva. Este resultado evidencia una adecuada articulación entre la consulta clínica y la educación en salud contribuyendo a la prevención de embarazos no deseados y a la garantía de derechos sexuales y reproductivos.

Por su parte, el la consulta de revaloración presentó un cumplimiento del 164%, sí bien no hay una estimación contractual con las EAPB, al interior de la ruta se estima el 30% de las valoraciones integrales, teniendo en cuenta que es necesario su impacto en la detección temprana de riesgos.

2. Comportamiento Trimestral de la Atención

VALORACIONES	1ER TRIMESTRE	2DO TRIMESTRE	3ER TRIMESTRE	4TO TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO
ADOLESCENTE MD	97	244	341	179	76%



SC 7159-1



Miembro de la Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES

www.hospitalesporlasaludambiental.org

ADOLESCENTE ENF	61	219	247	164	48%
JOVEN	89	195	267	197	311%
PLANIFICACIÓN	474	438	698	349	98%
REVALORACIÓN	173	402	149	206	153%

El análisis del comportamiento trimestral evidencia una evolución progresiva de la atención durante el año, con un incremento significativo en la demanda a partir del segundo trimestre y un pico de atención durante el tercer trimestre en la mayoría de los servicios.

Respecto a las valoraciones integrales por medicina y enfermería para adolescentes, se observa un aumento sostenido entre el segundo y tercer trimestre, lo cual sugiere una mayor visibilidad del programa y un fortalecimiento de los procesos de captación. La disminución relativa en el cuarto trimestre se explica principalmente por la concurrencia de factores operativos y estacionales, entre los que se incluyen ausencias del personal médico, el proceso de adaptación derivado del cambio de auxiliar de preconsulta, una baja demanda inducida de servicios y la incidencia de las festividades de fin de año.

La atención a la población joven muestra un comportamiento similar, con un crecimiento constante que confirma la alta demanda de este grupo etario y la pertinencia de los servicios ofertados.

El componente de Planificación Familiar presenta el mayor volumen de atenciones, con un pico destacado en el tercer trimestre. Este comportamiento refleja la efectividad de las estrategias educativas y la confianza de la población usuaria en el servicio. La disminución observada en el cuarto trimestre no compromete el cumplimiento anual, pero sí señala la necesidad de mantener estrategias continuas durante todo el año.

En el proceso REVX, se evidencia un comportamiento variable, aunque con niveles de atención sostenidos que reflejan continuidad en las acciones preventivas y seguimiento de casos.

3. SEGUIMIENTO AL RIESGO

3.1 Tamizaje hemoglobina/hematocrito

HEMOGLOBINA/HCTO	EJECUCIÓN	ESTIMACIONES	CUMPLIMIENTO
JOVEN – ADOLESCENTE	905	512	177%



El indicador de Hemoglobina/Hematocrito en adolescentes alcanzó un cumplimiento del 177%, superando ampliamente la meta estimada. Este resultado evidencia una alta adherencia al tamizaje para la detección de anemia, así como una adecuada articulación entre la atención clínica y los servicios de apoyo diagnóstico.

El sobrecumplimiento de este indicador refleja una correcta identificación de factores de riesgo nutricional y una respuesta oportuna del equipo de salud, contribuyendo a la detección temprana y manejo oportuno de alteraciones que pueden impactar el desarrollo físico y cognitivo de la población atendida.

3.2 Paraclínicos para tamizaje cardiovascular

2025			
PRUEBA	EJECUCIÓN	ESTIMACIONES	CUMPLIMIENTO
Glucosa	290	371	53%
Creatinina	204	371	38%
Triglicéridos	205	371	38%
Colesterol Total	209	371	38%

El análisis de las pruebas bioquímicas realizadas durante el año evidencia un bajo cumplimiento frente a las estimaciones proyectadas. Las pruebas de glucosa alcanzaron un cumplimiento del 53%, mientras que creatinina, triglicéridos y colesterol total presentaron un cumplimiento del 38%.

Este comportamiento puede estar asociado a múltiples factores, entre ellos la baja percepción de riesgo metabólico en población joven, dificultades en la adherencia a la toma de muestras, barreras administrativas o de la ruta de atención en laboratorio. Este resultado representa una oportunidad de mejora para fortalecer la educación en salud, la demanda inducida y el seguimiento posterior a la consulta, con el fin de garantizar una evaluación integral del riesgo cardiovascular y metabólico en esta población.

3.3 Tamizaje de riesgo cardiovascular

2025			
PROCESO	TAMIZADOS	TOTAL	CUMPLIMIENTO
1ER TRIMESTRE	298	298	100%
2do TRIMESTRE	550	550	100%
3ro TRIMESTRE	588	588	100%
4to TRIMESTRE	540	540	100%



SC 4469-1



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Durante el periodo comprendido entre enero y septiembre, el programa alcanzó un cumplimiento del 100% en los procesos de tamizaje en todos los trimestres evaluados. Este resultado evidencia una adecuada planeación operativa, cumplimiento de los protocolos establecidos y disponibilidad del talento humano requerido para la ejecución de las actividades.

El cumplimiento total de este indicador refleja la capacidad institucional para garantizar la aplicación sistemática de los tamizajes definidos en la ruta de atención, fortaleciendo la detección temprana de riesgos y la intervención oportuna.

3.3 Tamizaje ETS (VIH/SIFILIS)

2025			
PROCESO	NUMERADOR	DENOMINADOR	CUMPLIMIENTO
1ER TRIMESTRE	247	413	60%
2do TRIMESTRE	470	615	76%
3ro TRIMESTRE	565	1350	42%
4to TRIMESTRE	410	1103	37%

En el primer trimestre de 2025, el indicador alcanzó un cumplimiento del 60%, con un numerador de 247 atenciones efectivas frente a un denominador de 413. Este resultado corresponde al periodo inicial del año, en el cual se presentan procesos de ajuste operativo, reorganización de agendas y priorización de casos, lo que impacta de manera transitoria la oportunidad de atención. No obstante, el cumplimiento alcanzado evidencia la capacidad institucional para iniciar la vigencia con una base operativa funcional.

Durante el segundo trimestre de 2025, se observa una mejora sustancial en el desempeño del indicador, alcanzando un cumplimiento del 76% (470 atenciones efectivas de 615 esperadas). Este incremento refleja la estabilización de los procesos asistenciales, el fortalecimiento de las estrategias de captación y una mejor articulación entre los servicios involucrados en la ruta, permitiendo optimizar los tiempos de atención y mejorar la continuidad del cuidado en salud para adolescentes y jóvenes.

En el tercer trimestre de 2025, el cumplimiento del indicador desciende al 42%, con un numerador de 565 frente a un denominador de 1.350. Este comportamiento se explica principalmente por el incremento significativo del denominador, asociado a la ampliación de la población objetivo y a una mayor identificación de usuarios que requieren atención dentro de la ruta. La disminución porcentual no obedece a una reducción en el volumen de atenciones realizadas, sino a un desbalance temporal entre la demanda creciente y la capacidad instalada disponible, lo cual evidencia la necesidad de ajustes en la planeación de recursos y ampliación de la oferta de laboratorio.

De manera específica, durante el cuarto trimestre de 2025, el indicador correspondiente al tamizaje de infecciones de transmisión sexual (VIH y sífilis) alcanzó un cumplimiento del 37%, con 410 tamizajes realizados frente a una población estimada de 1.103 usuarios. Este



SG 4469-1



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

El resultado evidencia una brecha importante en la cobertura de este componente, el cual es prioritario dentro de la atención integral en salud sexual y reproductiva. Factores como la baja percepción de riesgo, estigmas asociados al diagnóstico de ITS, resistencia de algunos usuarios a la toma de pruebas y barreras logísticas para la realización del examen influyeron en el comportamiento del indicador.

4. Limitantes relacionadas con el incumplimiento de las estimaciones

La Ruta de Atención Integral de Adolescencia y Juventud ha enfrentado múltiples limitaciones que han impactado el cumplimiento de las estimaciones establecidas, especialmente en la captación de adolescentes, la inasistencia a citas programadas y las dificultades para la toma de paraclínicos asociados al riesgo cardiovascular (RCV) y a las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

A pesar de la implementación de estrategias como la demanda inducida, la educación en salas de espera y la derivación de usuarios desde la consulta externa y otros servicios, persisten barreras de tipo estructural y administrativo que limitan el impacto de dichas acciones. Entre las principales se identifican la falta de apoyo por parte de las EAPB en los procesos de captación de usuarios bajo un enfoque de gestión del riesgo compartida, la debilidad en las estrategias de demanda inducida, las restricciones administrativas asociadas a los procesos de facturación y el desbalance entre la oferta y la demanda de servicios clave como laboratorio y odontología.

La optimización de agendas mediante la asignación de una agenda por auxiliar, estrategia planteada para mejorar la cobertura, optimizar el recurso humano y fortalecer el uso de la capacidad instalada, ha mostrado limitaciones importantes. Esto se debe a que el personal auxiliar asignado a la ruta debe asumir simultáneamente funciones asistenciales y administrativas, lo que reduce significativamente el tiempo disponible para la gestión de agendas y la demanda inducida. Actualmente, se manejan tres agendas (dos médicas y una de enfermería), que corresponden a aproximadamente 180 atenciones agendadas, las cuales son gestionadas directamente por el personal asistencial de la ruta.

Este modelo híbrido, en el que el personal realiza actividades asistenciales (como preconsulta, toma de signos vitales, medidas antropométricas, medición de agudeza visual, inyectología y atención a demanda espontánea para orientación en planificación familiar y educación en salud) junto con tareas administrativas, como demanda inducida, seguimiento de pacientes, agendamiento de valoraciones integrales, revaloraciones, inserción y retiro de implantes, diligenciamiento de bases de datos, impresión de fórmulas y órdenes médicas, gestión de historias clínicas y recuperación de citas por inasistencia, limita de manera significativa la eficiencia operativa y el cumplimiento de las metas de la ruta.

Adicionalmente, las barreras en los procesos de facturación, con restricciones horarias (entre las 2:00 y las 4:00 p. m. o a las 6:00 a. m.), así como la variabilidad en la toma de



SG 4469-1



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

muestras de laboratorio, asociada a la capacidad instalada del servicio y a las ausencias de la auxiliar asignada para esta actividad, han afectado la oportunidad y continuidad de la atención. A esto se suma la baja oferta de valoraciones integrales en odontología y para la toma de laboratorios frente a la alta demanda, lo cual impacta negativamente el cumplimiento de las actividades e intervenciones propias de la ruta.

Teniendo en cuenta la baja percepción del riesgo por parte de los usuarios de algunos cursos de vida, principalmente adolescencia y adulto mayor, se identifica una oportunidad de mejora en el redireccionamiento efectivo hacia las rutas desde los diferentes servicios institucionales, como consulta médica, odontología, vacunación, laboratorio y consulta externa, así como en la remisión oportuna entre rutas de atención.

La ruta también ha visto afectada su credibilidad a través del “voz a voz” de los usuarios, situación derivada de las dificultades para acceder a las actividades posteriores a la valoración integral. En este sentido, las EAPB Asmet Salud y Coosalud no validan las órdenes generadas por enfermería, lo que obliga al médico (Dr. Pablo) a realizar nuevamente las órdenes de interconsulta (optometría, nutrición, pediatría, psicología, entre otras). Esta situación genera sobrecostos institucionales por la duplicidad de atenciones y disminuye el tiempo disponible para consultas que aporten directamente a la productividad de la ruta.

Asimismo, se presentan dificultades cuando el prestador genera autorizaciones para valoraciones en la ciudad de Cali, ya que muchos usuarios no pueden desplazarse por limitaciones económicas o de tiempo. En otros casos, no logran agendar las citas debido a la falta de convenios o de disponibilidad de agenda con los prestadores autorizados, lo que incrementa la insatisfacción y la deserción del proceso de atención.

Finalmente, se identifica como un factor de riesgo para la continuidad y calidad del servicio la inestabilidad contractual del talento humano, la cual puede afectar la motivación, el sentido de pertenencia y la retención del personal, incidiendo de manera indirecta pero significativa en el desempeño de los procesos y en los resultados de la Ruta de Atención Integral.

5. Plan de Mejora – Ruta de Atención Integral de Adolescencia y Juventud

1. Fortalecimiento de la captación y de la demanda inducida como estrategia principal para incrementar la productividad en las valoraciones integrales de adolescentes.

Acciones:

- Mejorar la demanda inducida mediante el uso sistemático de bases de datos institucionales, de las EAPB, la captación desde consulta externa y la realización de rondas activas en salas de espera.
- Implementar búsqueda activa de adolescentes a partir de la base de datos del SIMAT, acompañada de procesos de sensibilización y articulación con las instituciones educativas.



SC 4169-1



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

- Ejecutar y gestionar las agendas de acuerdo con el esquema propuesto, garantizando el cumplimiento de las estimaciones mensuales y la optimización de la oferta de servicios.
- Reprogramar oportunamente a los usuarios inasistentes, priorizando aquellos con riesgos identificados.
- Confirmar las agendas con un día de anticipación, utilizando llamadas telefónicas, mensajes de texto o WhatsApp institucional para reducir la inasistencia.
- Fortalecer la sensibilización del equipo de la Ruta Joven, promoviendo la articulación efectiva entre los diferentes servicios de la institución.
- Realizar valoraciones integrales directamente en las instituciones educativas, facilitando el acceso y aumentando la cobertura de la población adolescente.
- Desarrollar procesos de inducción, reinducción y seguimiento al talento humano (enfermería y medicina APS) en la implementación de la RIA de Adolescencia y Juventud.
- Fortalecer el redireccionamiento de usuarios desde todos los servicios de la institución (consulta médica, odontología, vacunación, laboratorio, citas médicas, urgencias y otras rutas), mediante la socialización periódica de criterios de ingreso y beneficios de la ruta.
- Solicitar y fortalecer la articulación con las EAPB, para la captación efectiva de usuarios, el acceso a bases de datos poblacionales y el acompañamiento en la gestión del riesgo compartida.

2. Fortalecer la articulación con las EAPB y optimizar la gestión del riesgo compartida, mediante el liderazgo de la Gerencia y/o el área administrativa de convenios, potenciando la capacidad de negociación y los acuerdos estratégicos con las EAPB

Acciones:

- Sugerir mesas de trabajo periódicas con las EAPB para definir compromisos claros en captación, autorización de servicios y validación de órdenes generadas por enfermería.
- Formalizar acuerdos que permitan la validación de órdenes de interconsulta emitidas por el profesional de enfermería, conforme a la normatividad vigente.

3. Optimización del modelo operativo y del talento humano

Acciones:

- Separar, en la medida de lo posible, las funciones asistenciales y administrativas del personal de la ruta, asignando tiempos específicos para gestión de agendas y demanda inducida.



SC 4469-1



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

- Evaluar la necesidad de apoyo administrativo exclusivo para la ruta.

- Revisar y redistribuir las agendas médicas y de enfermería de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda real.

- Implementar protocolos estandarizados para el seguimiento de usuarios inasistentes.

4. Mejora en el acceso a servicios complementarios (laboratorio y odontología)

Acciones:

- Garantizar la toma de paraclínicos de la ruta por parte de la auxiliar asignada, de lunes a viernes en horario de 7:30 a. m. a 12:00 m y de 1:00 p. m. a 2:30 p. m., con el fin de disminuir barreras de acceso asociadas a los horarios de atención.
- Continuar con los horarios preferenciales para la recepción de muestras de laboratorio y con odontología, la priorización en la asignación de citas para las valoraciones integrales.
- Realizar seguimiento semanal a los resultados de laboratorio, garantizando su revisión oportuna y el cierre efectivo de los procesos diagnósticos.
- Asegurar la atención posterior a resultados positivos, mediante la programación inmediata de consulta y la activación de los servicios correspondientes.
- Realizar seguimiento continuo a los casos con resultados positivos, garantizando continuidad en la atención y cumplimiento de los planes de manejo.
- Contactar activamente a los usuarios que no se hayan realizado los paraclínicos, para reinducción a la toma y posterior valoración con resultados.
- Establecer un plan de contingencia para la toma de muestras, que permita garantizar la continuidad del servicio ante ausencias o eventualidades del personal asignado.

5. Optimización de procesos administrativos y de facturación

Acciones:

- Continuar con el apoyo al área de facturación, respecto a la facturación de las valoraciones integrales, citas de planificación y citas de recuperación.
- Socializar de manera oportuna las novedades o cambios emanados por los líderes de facturación con el personal asistencial de la ruta.

6. Fortalecimiento de la continuidad y estabilidad del talento humano

Acciones:

- Gestionar con la administración institucional estrategias que promuevan la estabilidad contractual del personal de la ruta.



SC 4469-1



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

- Implementar espacios de capacitación, retroalimentación y reconocimiento al talento humano.
- Fortalecer el sentido de pertenencia mediante la socialización de resultados e impacto de la ruta.

7. Seguimiento y evaluación

Acciones:

- Analizar periódicamente los indicadores y ajustar las estrategias según los resultados.
- Documentar los avances para procesos de auditoría, PAMEC y mejoramiento continuo

6. Actividades educativas

- Actividad de captación en IE Mayor de Yumbo, socialización de métodos de planificación y servicios amigables (09 junio).



- **Conversatorio en Salud Mental – auditorio HLBEY (08 de julio)**

Actividad convocada por RIA adolescencia y juventud, desarrollada por el grupo de psicología de la SSM, abordando la prevención del consumo de SPA y VAPER.





- **Conversatorio sobre sexualidad IE Mayor de Yumbo (08 de julio)**

Actividad convocada por SSM y el PIC, nos adherimos a ella para captación de población adolescente; se promocionó la RIA de adolescencia y juventud en el evento, se dio educación en planificación familiar y se entregaron preservativos.



- **Apertura semana Andina – HLBEY – (22 septiembre)**

La RIA adolescencia y juventud se vinculó con la actividad de apertura (Stand Sexualidad) realizando educación en planificación familiar, promocionando la ruta y mediante la entrega de preservativos.



- **Sensibilización a docentes y orientadores – IE: Santa Inés (23 septiembre)**

Conversatorio sobre factores determinantes, consecuencias y estrategias articuladas para la prevención de embarazo en adolescentes, además se resaltó la importancia de la RIA de adolescencia y juventud como herramienta para educar, detectar e intervenir factores de riesgo en salud sexual y reproductiva. También se recordó la activación de rutas frente a sospecha de abuso sexual, el Dr. Richard habló sobre la activación de la ruta por consumo de vaper.



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org



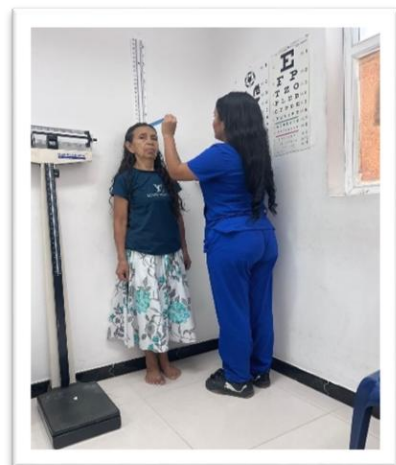
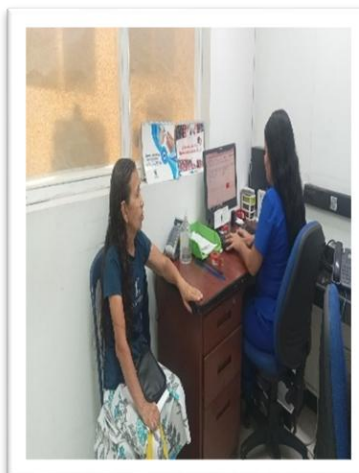
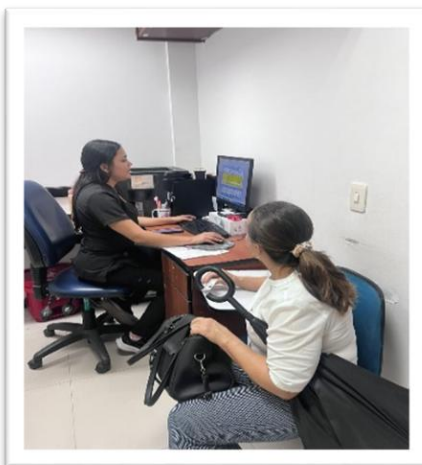
- **Actividad de captación y aplicación de valoraciones integrales por médico y enfermera en la IE Alberto Mendoza Mayor (octubre 20)**



RUTA ADULTEZ Y VEJEZ

PASOS DE LA VALORACIÓN INTEGRAL

ATENCIÓN AL USUARIO (BD, ACTUALIZACIÓN DATOS Y FACTURACIÓN MEDIDAS ANTROPOMETRICAS)





TOMA DE EXÁMENES DE LABORATORIO



VALORACIÓN INTEGRAL POR MÉDICO



PRODUCCION RUTAS ADULTEZ Y VEJEZ

POBLACIÓN CON ESTIMACIÓN X EPS

ASMETSALUD ESTIMACION VRS EJECUCIÓN					
EST 2024	EJEC	% EJEC	EST 2025	EJEC	% EJE
25038	10707	43%	13854	9853	71%

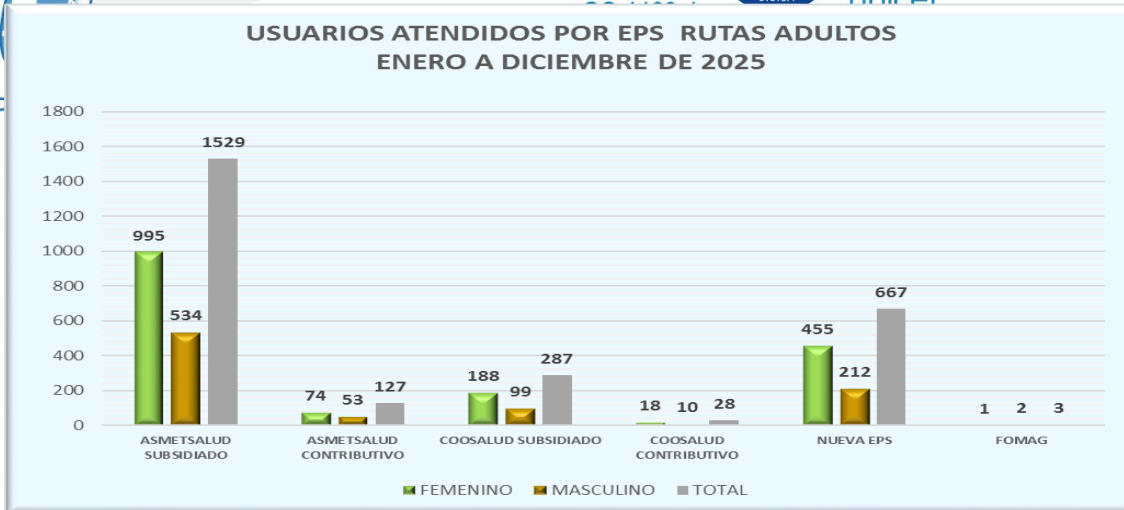


POBLACIÓN ATENDIDA POR SEXO 2025

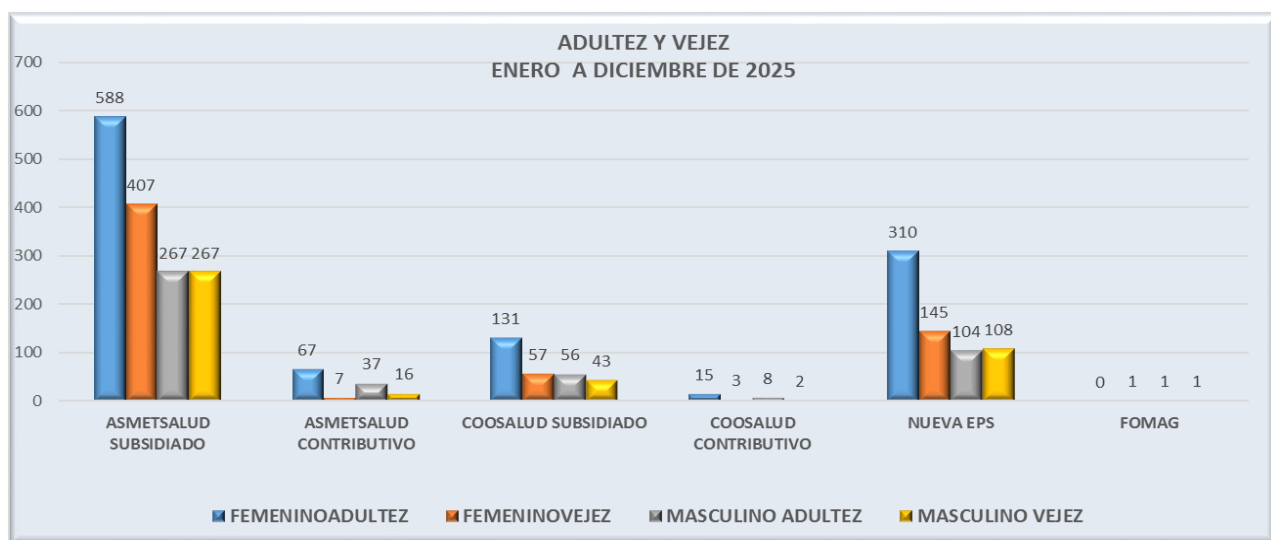
POBLACIÓN ATENDIDA POR EPS VRS SEXO

EMPRESA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
ASMETSALUD SUBSIDIADO	995	534	1529
ASMETSALUD CONTRIBUTIVO	74	53	127
COOSALUD SUBSIDIADO	188	99	287
COOSALUD CONTRIBUTIVO	18	10	28
NUEVA EPS	455	212	667
FOMAG	1	2	3
TOTAL GENERAL	1731	910	2641





EMPRESA	FEMENINO ADULTEZ	FEMENINO VEJEZ	MASCULINO ADULTEZ	MASCULINO VEJEZ	TOTAL
ASMETSALUD SUBSIDIADO	588	407	267	267	1529
ASMETSALUD CONTRIBUTIVO	67	7	37	16	127
COOSALUD SUBSIDIADO	131	57	56	43	287
COOSALUD CONTRIBUTIVO	15	3	8	2	28
NUEVA EPS	310	145	104	108	667
FOMAG	0	1	1	1	3
TOTAL GENERAL	1111	620	473	437	2641





COMPARATIVO DE POBLACIÓN ATENDIDA EN LAS RUTAS INTEGRALES DE ADULTEZ Y VEJEZ 2025

EPS ASMETSALUD SUBSIDIADO

POBLACION ATENDIDA EN EL PROGRAMA ASMET	2019	2020	2021	2022	2023	ATENDIDOS 2024	ATENDIDOS 2025	TOTAL
ADULTOS	610	320	1016	1264	1127	775	960	6072
ADULTOS MAYORES	568	324	837	1020	1158	553	697	5157
TOTAL	1178	644	1853	2284	2285	1328	1657	9572

ASMETSALUD SUBSIDIADO

COMPARATIVO USUARIOS ATENDIDOS ASMETSALUD SUBSIDIADO	ENERO	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
2022	91	185	188	170	185	164	198	223	234	268	281	205	2392
2023	189	214	280	254	250	194	152	203	169	146	153	81	2285
2024	113	128	131	120	96	129	151	136	18	115	105	86	1328
2025	101	169	174	134	119	110	131	100	136	153	116	87	1530
TOTAL	494	696	773	678	650	597	632	662	557	682	655	459	7535

COOSALUD SUBSIDIADO

COMPARATIVO USUARIOS ATENDIDOS COOSALUD SUB	ENERO	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
2022	2	6	14	5	4	33	13	17	13	24	15	11	157
2023	14	21	20	13	15	41	12	15	17	21	16	12	217
2024	17	34	25	24	14	14	15	12	0	8	12	9	184
2025	13	19	26	18	26	18	34	23	22	38	19	29	285
TOTAL	46	80	85	60	59	106	74	67	52	91	62	61	843

NUEVA EPS SUBSIDIADO

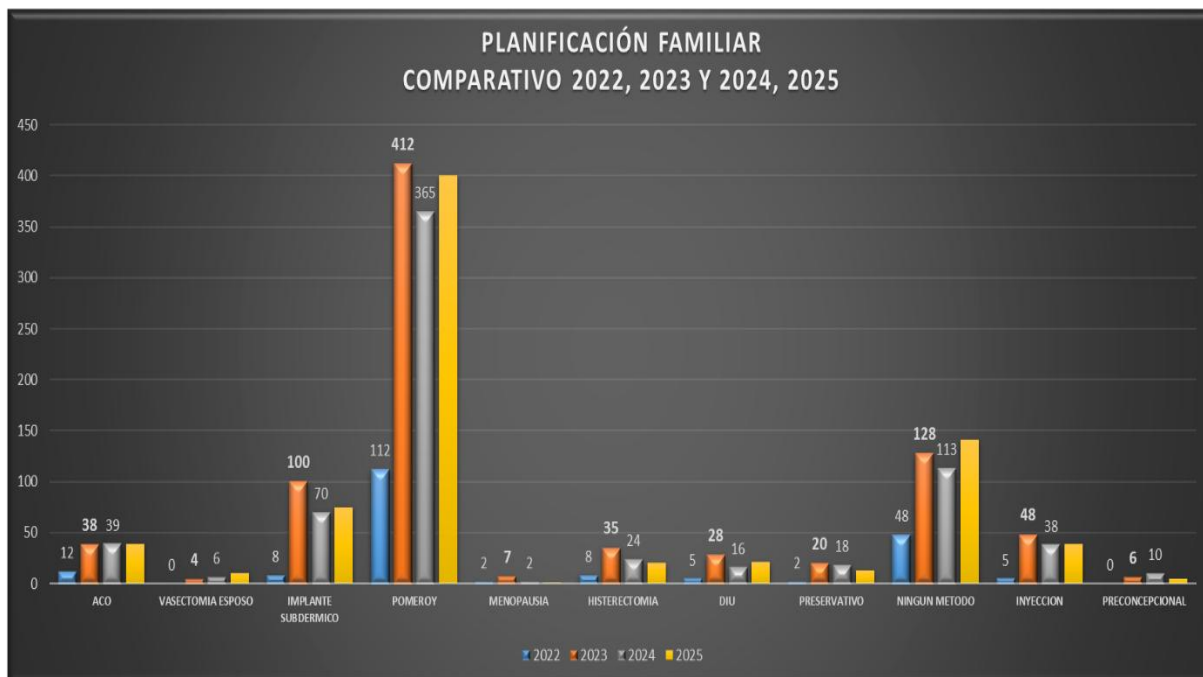
COMPARATIVO USUARIOS ATENDIDOS NUEVA EPS	ENERO	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
2022	1	1	1	3	2	4	4	0	9	7	0	0	32
2023	5	12	17	15	15	14	13	27	64	67	44	55	348
2024	52	76	52	75	74	49	67	69	7	55	71	50	697
2025	74	48	13	24	70	56	99	65	72	73	52	21	667
TOTAL	132	137	83	117	161	123	183	161	152	202	167	126	1744



MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS USUARIAS DEL PROGRAMA:

Durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 2025, se realizaron 764 valoraciones integrales del adulto a mujeres de 29 a 49 años de las diferentes EPS, de las cuales, se conocen los siguientes hallazgos:

METODO	2022	2023	2024	2025
ACO	12	38	39	39
VASECTOMIA ESPOSO	0	4	6	10
IMPLANTE SUBDERMICO	8	100	70	75
POMEROY	112	412	365	400
MENOPAUSIA	2	7	2	1
HISTERECTOMIA	8	35	24	20
DIU	5	28	16	21
PRESERVATIVO	2	20	18	13
NINGUN METODO	48	128	113	141
INYECCION	5	48	38	39
PRECONCEPCIONAL	0	6	10	5
TOTAL	202	826	701	764

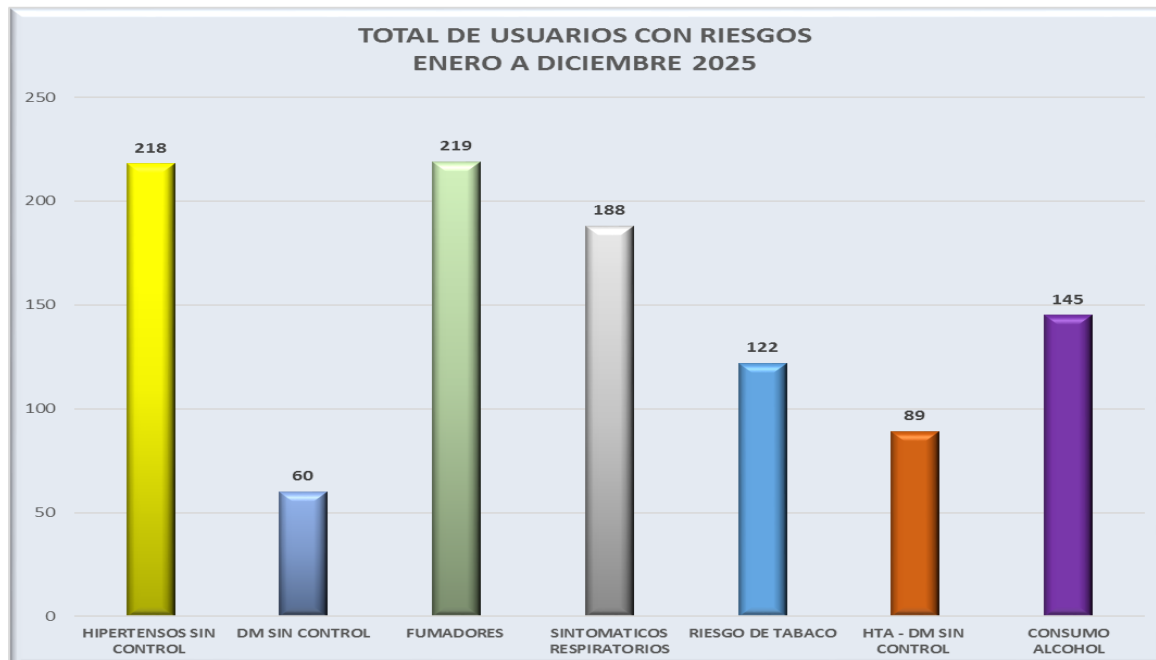




RIESGOS CARDIOMETABOLICO Y OTRAS PATOLOGIAS EN USUARIOS

En la gráfica se observa el comportamiento de los riesgos encontrados en los usuarios atendidos, así:

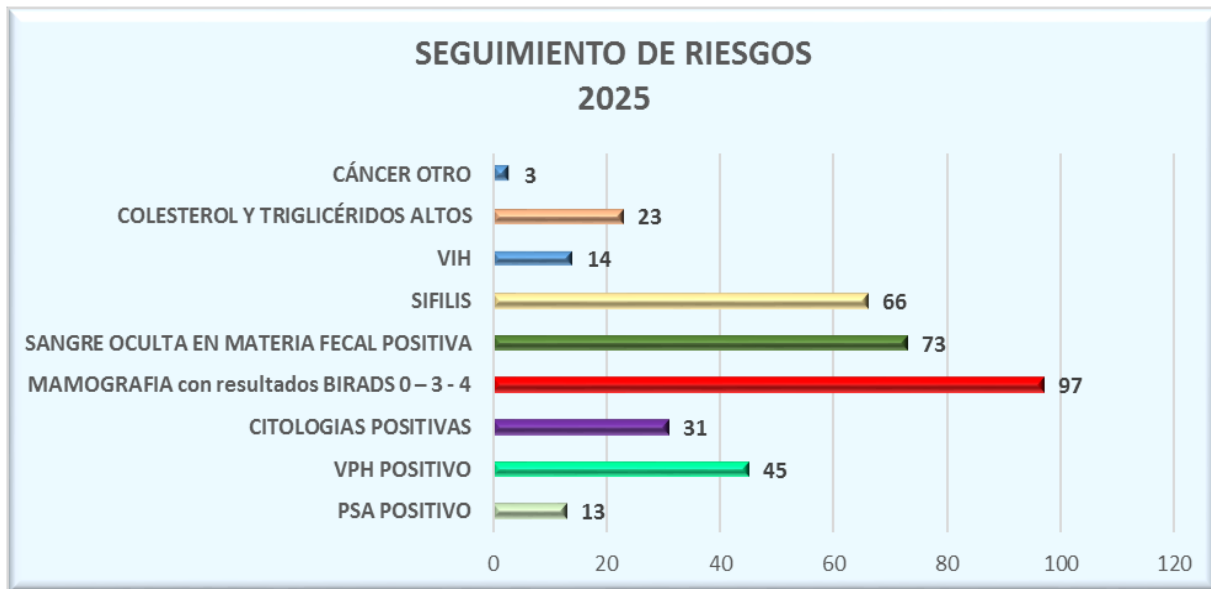
- Hipertensos sin control: 218
- Fumadores: 219
- Diabéticos sin control: 60
- Sintomáticos respiratorios: 188
- Riesgo de Alcohol: 145
- HTA – DM sin control: 89
- Riesgo tabaco: 122



A estos usuarios se les realizó la remisión hacia los programas respectivos para que continúen con los controles que no están realizando o para que inicien control en el puesto de salud de Guacanda y en otras entidades donde se realice la respectiva ruta de acuerdo al hallazgo.



RIESGOS EN CÁNCER Y OTRAS PATOLOGIAS SEGUIMIENTO A RIESGO



Reporte de casos de Seguimiento positivos de ITS, CA:

Si un paciente tiene resultados positivos en Toma de pruebas rápidas de Serología y VIH, se realiza la remisión al servicio correspondiente y se inicia tratamiento en caso que se requiera como la sífilis.

En los casos en que un paciente llegue con resultados positivos de VPH, Citologías, Mamografías, PSA o sangre oculta en materia fecal, se realiza el reporte a la EPS referente del programa para que se de tratamiento al seguimiento y continúe con la ruta de CA.

Tratamiento para los usuarios que tengan resultados alterados de colesterol, creatinina, uroanálisis y glicemia.



PROGRAMA MATERNO PERINATAL

En el año 2025, la RUTA MATERNA PERINATAL se mantiene con la oferta completa gracias a los contratos con ASMETSALUD, COOSALUD, NUEVA EPS, MIGRANTES y de manera particular con autorizaciones para usuaria con PORTABILIDAD.

Mediante la captación temprana de nuestras gestantes antes de las diez semanas por medio de seguimiento telefónico por nuestro programa con el reporte de laboratorio con las pruebas de embarazo positivas.

Teniendo en cuenta de que hay algunas gestantes que ingresan tardío por problemas administrativos los cuales nuestro programa de control prenatal realizó la estrategia de ayudar a estas pacientes para lograr la inscripción a tiempo desarrollando su debida portabilidad de acuerdo a la EPS con la que contaban, dando así una atención oportuna mientras el trámite se concluía y no dejando que nuestras usuarias se pierdan.

DATOS POBLACIONALES DE LAS GESTANTES EN EL AÑO 2025

INGRESO DE GESTANTES A LA RUTA MATERNA PERINATAL (COBERTURA)

AFILIACION	2025 AÑO	%	2024 AÑO	%	2023 AÑO	%
VENEZOLANAS	67	20%	35	10%	87	19%
PORTABILIDAD	14	4%	14	4%	12	3%
ASMETSALUD	136	40%	159	50%	236	52%
COOSALUD	33	10%	29	7%	41	10%
NUEVA EPS	91	27%	84	28%	69	16%
TOTAL	341	100%	321	100%	445	100%

En el análisis comparativo de los ingresos reportados 2023, 2024 y 2025 se observa una ESTABILIZACION GLOBAL DEL NUMERO DE GESTANTES, solo con disminución de nuevas gestantes en la EPS ASMETSALUD.

GESTANTES POR GRUPO DE EDAD



POBLACION GESTANTE POR EDAD				
AÑO	TOTAL GESTANTES INSCRITAS	MENORES DE 18 AÑOS	19 A 35 AÑOS	36 AÑOS EN ADELANTE
2024	321	35	270	16
%	100%	11%	84%	5%
2025	341	38	280	23
%	100%	11%	82%	7%

ANALISIS

De las 38 gestantes menores de 18 años, ninguna es menor de 14 años, el grupo se mantiene en el 11% con respecto al 2024. El grupo de riesgo de gestantes mayores de 35 años subió dos puntos porcentuales. (E incluye 1 gestante de 43 años)

INDICADORES RUTA MATERNA AÑO 2025

1. CAPTACION OPORTUNA DE GESTANTES META 85%

Nº DE GESTANTES INSCRITAS EN CPN < 10 SEMANAS/ Nº TOTAL DE GESTANTES INSCRITAS

	INSCRITAS OPORTUNO	TOTAL INSCRITAS	% Cumplimiento
TOTAL DE GESTANTES	341	198	58%
ACUMULADO DE AFILIADAS A EPS DEL TERRITORIO ASMETSALUD, COOSALUD, N EPS	260	180	69%

Este indicador se ajustó para este periodo a 10 SS, el comportamiento es diferencial según el régimen de afiliación y la EPS, pues la población migrante y en portabilidad, tienen muchas barreras por su naturaleza y solo alcanzan un 43%. Y 64% respectivamente (Sin gobernanza).

La población con EPS se distribuye así: NUEVA EPS 64 DE 91 (70%), ASMETSALUD 89 DE 136 (63%) Y COOSALUD 27 DE 33 (82%) para un global del 69%



La estrategia más exitosa es la búsqueda activa con resultados de pruebas de embarazo y su direccionamiento inmediato de las usuarias "Con dudas". Además, la oferta suficiente del servicio: Médico, auxiliar de enfermería y Enfermero permanente.

Las demás inscritas tardíamente se relacionan así:

Causas administrativas en la EPS. **50%**

Causas relacionadas con desconocimiento del estado de embarazo de las usuarias e indecisión. Incluso Proceso IVE **50%**

2. MORTALIDAD PERINATAL

Nº de eventos/Nº de nacidos vivos de gestantes en CPN en el hospital durante el año 2025

1 10 X 1000 NACIDOS VIVOS (Igual a la tasa del Valle del Cauca)

341

RELACION DE EVENTOS, ANALISIS Y SEGUIMIENTO

Nº	EVENTO	DESCRIPCION	PLAN DE MEJORA
1	Hijo de MARYURI VELASCO CC 1006073457	<p>Usuaría que ingresa tarde al control prenatal, Riesgo por anemia y obesidad, realiza 4 valoraciones médicas, dos de ginecología y dos de nutrición, se realiza vacunación, odontología y citología, con inasistencias, pero volvía y en julio abandona el control. Sin que se realizara un seguimiento efectivo por inasistencia.</p> <p>El 8 y 22 de septiembre ingresa por el servicio de urgencias, primero con falso trabajo de parto y luego con parto activo con presencia de meconio. Es remitida a la clínica Versalles. Donde presenta complicaciones relacionadas con el trabajo de parto</p>	NO APLICA

3. MORTALIDAD MATERNA (CERO)

No se presentaron casos de mortalidad materna



4. PROPORCION DE GESTANTES CON ASESORÍA PRETEST VIH 2025

PROCESO	ASESORADAS	INSCRITAS EN CPN	% Cumplimiento
AÑO 2025	341	341	100 %

El hospital ha implementado la aplicación de la prueba en el consultorio de inscripción a la ruta materna perinatal garantizando la captación y tamizaje total.

5. SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA

SIFILIS GESTACIONAL			SIFILIS CONGENITA
13 CASOS	ASMETSALUD	10	0
	COOSALUD	1	
	NUEVA EPS	0	
	MIGRANTES	2	

Se está realizando un seguimiento a los casos de sífilis gestacional, se hace gestión de la base de datos y se cuenta con el apoyo de Psicología para fortalecer así que todas las parejas se hagan su tratamiento, en el 2025 se identificaron 9 casos de embarazadas con serologías positivas, se realizó el debido tratamiento a ellas, no se presentan con la pareja, con respectivo seguimiento serológico garantizando así la prevención de una sífilis congénita.

En el 2025 no se han presentados casos de sífilis congénita, sin embargo, está en proceso de revisión el caso del hijo de **ELIZABETH MARIA GONZALES GONZALES VEN 20942267**

Nº CASO / NOMBRE/ID	EL PROCESO	PARTO EN EL HUV
VEN 20942267	Ingreso a RMP el 6/05/2025 (9 SS) Con prueba rápida negativa El control serológico de 2 TRIM 13/06/2025 Con prueba rápida negativa El control serológico de 3 TRIM 5/11/2025 Con prueba rápida negativa	30/11/2025 Parto SEROLOGIA MATERNA (PR +) RN RPR REACTIVA ¿??? Tratado 10 días



Desde el 2023 se implementó la firma de compromisos al inicio del tratamiento. Igualmente se inició el registro de la ficha del binomio como compromiso del ministerio de salud, que fue actualizada en noviembre de este año.

6. CUMPLIMIENTO DE METAS FRENTE A ESTIMACIONES 2025

ASMETSALUD-COMPORTAMIENTO 2025 - RUTA MATERNA PERINATAL			
RUTA MATERNA PERINATAL	META	EJEC	CUMPLIMIENTO
Consulta prenatal de primera vez por médico	341	341	100%
Consulta de control prenatal x medico (MINIMO 7)	2387	2100	88%
Control por ginecólogo	341	300	88%
Control post parto	341	295	86%
Consulta odontológica	341	238	70%
Aplicación de Influenza gestante	341	272	80%
Aplicación Dpt acelarar	341	272	80%
TOTAL	4433	3818	86%

El programa de control prenatal es evaluado con el número de gestantes inscritas como meta, las atenciones por médico y especialista cumplen la meta, Se verifica reducción de inasistencia al control postparto.

Las estrategias implementadas con odontología y vacunación para mejorar estas coberturas han mejorado, se viene fortaleciendo el acompañamiento a la usuaria, para que reciba atención el mismo día de la inscripción funcionaron. Odontología da prioridad a las gestantes.

Seguimiento semanal resolución 047/2022 Con enfoque de riesgo

Este seguimiento se realiza para cada ESP y la población migrante con la SSD, tiene 3 plantillas a saber:

Ingresos: (PESTAÑA 2)

Aquí se reportan las usuarias nuevas con algunas variables de antecedentes y personales.

Atenciones: (PESTAÑA 3)



Aquí se reportan todas las atenciones a las usuarias con los códigos de facturación, el riesgo y los egresos.



SC 4469-1



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Usuarías con riesgo: (PESTAÑA 4)

Aquí se reporta el seguimiento a las usuarias con riesgo. La ocurrencia de los riesgos en el 2026 tuvo el siguiente comportamiento:

De 341 usuarias CON RIESGO: 231 / BAJO RIESGO: 110

Nº	RIESGO POR EVENTO	CASOS	PESO %	OBSERVACIONES
1	RIESGO THIE	49	14%	EVENTOS PRECLAMPSIA 15
2	RIESGO DE ANEMIA	43	13%	FORMULACION DE HIERRO
3	RIESGO SIFILIS	13	4%	GESTANTES CON TRATAMIENTO 100%
4	RIESGO BAJO PESO	19	6%	CON VALORACION NUTRICIONAL
5	RIESGO SOBREPESO	23	8%	CON VALORACION NUTRICIONAL
6	TIPO SANGRE RH(-)	7	2%	100% RECIBIO VACUNA
7	TOXOSUCEPTIBLE	17	6%	
8	CHAGAS RIESGO ???	30	9%	EVENTOS DE RIESGO "PROVOCADO" NEGATIVOS
9	PAREJA CONSUMO DE SPA	4	1%	
10	CODIGO 2000	2	0.5%	GESTANTES EN CONTROL VIH EN IPS ESPECIALIZADA
11	MULTIPARIDAD	3	0.75%	
12	DIABETES	9	3%	
T	TOTAL	219	64%	

ACTIVIDADES IMPLEMENTADAS

Resumen de Actividades como Líder de la Ruta Materno perinatal:

1. Seguimiento de Pacientes:

- Realización de seguimientos periódicos a las gestantes y puérperas para monitorear su salud y detectar posibles riesgos durante el embarazo y postparto.
- Coordinación de citas y controles en los diferentes niveles de atención, asegurando que todas las mujeres reciban la atención oportuna y adecuada.
- Evaluación de indicadores clave de la salud materna y perinatal, tales como peso, presión arterial, y monitoreo fetal.
- Seguimiento semanal de pruebas de embarazo positivas, en las cuales se verifica ingreso oportuno al programa, se realiza seguimiento telefónico en los casos donde las usuarias no se han presentado para inicio de control.

2. Manejo de Bases de Datos:

- Base de Datos Res 202/2021: Registro y actualización semanal de la base de datos 202, que incluye información sobre las gestantes, seguimiento prenatal, y complicaciones durante el embarazo. Asegurando que los datos sean completos y actualizados para facilitar el monitoreo y las intervenciones.

- Bases de Morbilidad Materna: Gestión y análisis de la base de datos de morbilidad materna, identificando patrones, riesgos y áreas que requieren atención especial para reducir la mortalidad y morbilidad materna, comunicación con grupo de riesgo cardiovascular sede Guacanda, garantizado respectiva asignación de cita.

3. Reporte Semanal del Plan de Aceleración:

- Base de datos Res 047 /2022. Generación de informe semanal de los todas las EPS del régimen subsidiado y migrantes, sobre el Plan de Aceleración, destacando las acciones tomadas para mejorar la atención materna y perinatal, el avance en la reducción de riesgos y la cobertura de los servicios.

4. SIGMAP (Sistema de Información para la Gestión Materno-Perinatal):

- Diligenciamiento de SIGMAP para la recopilación y análisis de información materno-perinatal, asegurando la integración de datos sobre atención prenatal, complicaciones, partos y recién nacidos, el reporte se debe enviar los diez primeros días de cada mes.

5. Relación de Reportes de Ejecución de La RMP

Para las EPS Asmetsalud y migrantes, cada mes se realiza la consolidación de datos tales como IVE, ingresos, partos entre otros. los cuales se deben enviar los 5 primeros días del mes a la secretaria de salud departamental

- Generación de reportes mensuales con indicadores clave, como tasa de cesáreas, mortalidad materna, y morbimortalidad perinatal.

6. Trabajo en Red y Coordinación:

- Coordinación con otros equipos de salud (médicos, enfermeras, psicólogos) para asegurar que las gestantes reciban atención integral.
- Participación en reuniones de seguimiento y análisis de indicadores con el equipo directivo para la toma de decisiones estratégicas en salud materno-perinatal.

7. Tratamiento y seguimiento de sífilis gestacional

Toda gestante que al ingreso presenta prueba rápida para sífilis positiva se realiza la aplicación de penicilina benzatínica x 2.400.000 IM en el consultorio. Se registra formato de ministerio de salud (**ETMIPLUS**) y base de datos, la cual se reporta a la secretaria de salud; si se confirma el diagnóstico de sífilis con RPR, se continúa el tratamiento de penicilina semanal x 3 dosis. Los seguimientos y registros de reportan de manera periódica a la SSPM, internamente se recopila la información y se almacena en paquete individual por usuaria.

Se desarrollan los componentes educativos del curso de preparación de padres y madres gestantes con los 7 temas obligatorios (Res 3218-2018). Distribuidos entre el ingreso (Individual) y dos sesiones grupales en el mes. La participación del 40% aproximadamente.

INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

1. Coordinación con el Servicio de Urgencias:

Se realiza articulación directa con el servicio de urgencias para la atención de pacientes que requieren una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), asegurando una respuesta oportuna y adecuada, **se diligencia base de datos, la cual se debe reportar los primeros diez días de cada mes a la secretaria de salud departamental.**

- Provisión de información y apoyo en la gestión de casos de IVE, garantizando que todas las gestantes reciban atención integral y humanizada conforme a la legislación vigente.
- Aseguramiento del acceso a atención médica inmediata y seguimiento post-procedimiento para evitar complicaciones y fomentar la salud física y emocional de las pacientes.

2. Implementación de la Metodología Seguro Post Interrupción:

- Se reportan los casos con el equipo de planificación familiar para ofrecer un plan de planificación familiar inmediato a las pacientes post-IVE, incluyendo consejería sobre opciones anticonceptivas disponibles y adecuación de los métodos a las necesidades y deseos de la paciente.
- El cual debe continuar con seguimiento para evaluar la satisfacción con el método anticonceptivo elegido y evitar embarazos no deseados en el futuro cercano.

3. Seguimiento y Evaluación:

- Seguimiento post-IVE con el fin de monitorear la recuperación física y emocional de las pacientes, con un enfoque en la salud reproductiva y la prevención de futuros riesgos. Y monitoreo de la efectividad de los métodos anticonceptivos prescritos y ajuste en caso de ser necesario, garantizando que las pacientes estén protegidas y satisfechas con su elección.

4. Trabajo en Red:

- Se realiza articulación con otros servicios de salud, como salud mental y consejería, para ofrecer un enfoque integral y multidisciplinario, particularmente en el apoyo emocional y psicológico de las pacientes post-IVE.



OPORTUNIDADES DE MEJORA:



• 1. Oportunidad de Cita Odontológica:

Mejorar los tiempos de respuesta en la asignación de citas odontológicas para gestantes, priorizando las consultas preventivas
En el contexto materno.

- Implementar sistemas de recordatorios automatizados (llamadas telefónicas, mensajes de texto o correos electrónicos) para asegurar que las pacientes no pierdan sus citas y acudan a los controles preventivos.
- Optimizar la programación de citas odontológicas a través de una mejor coordinación entre los servicios médicos y odontológicos, para garantizar la disponibilidad inmediata y sin demoras.

2. Contratación Oportuna para Grupos de Riesgo:

Reforzar los procesos de contratación de servicios para grupos de riesgo (como gestantes con comorbilidades) para garantizar su acceso a atención médica especializada sin demoras.

Mejorar la comunicación interna entre los departamentos de salud (como el de urgencias, gineco-obstetricia y atención primaria) para asegurar la contratación inmediata y sin barreras para las gestantes en riesgo.

3. Autorización Oportuna de los Ordenamientos de las Gestantes:

Desarrollar un sistema de seguimiento en tiempo real que permita visualizar las autorizaciones gestionar los tiempos de respuesta de manera más ágil.

Mejorar la capacitación del personal encargado de la autorización para asegurar que comprendan la urgencia y prioridad en la atención a gestantes, especialmente en casos de emergencias o situaciones de alto riesgo.

PLANIFICACION FAMILIAR Y PREVENCION CA CERVIX

En año 2025, los servicios complementarios a las rutas joven y adulto de PLANIFICACION FAMILIAR Y TAMIZAJE DE CANCER DE CERVIX se adelantaron con énfasis en actividades de DEMANDA INDUCIDA, teniendo en cuenta las bajas coberturas previas.

La actividad de planificación familiar se desarrolla en el consultorio 110 y se coordina con las rutas joven y adulto. Además de la orientación y la valoración, se ejecutan procedimientos (inserción-retiro de implantes, y/o dispositivos) y se realiza valoración preconcepcional.



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

De otra parte el tamizaje para cancer de cervix se realiza en el laboratorio clinico, con énfasis en la poblacion de 25 a 29 años, se realiza el embalaje de las muestras, el envío y recibo de resultados y la entrega de resultados a las usuarias.

Se realiza el seguimiento de las usuarias con resultado positivo.

Ademas se refieren las usuarias de 30 a 65 años para la toma del ADN-VPH la laboratorio que disponga la EPS.

SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR 2025

Para las actividades de orientación, control de primera vez, control de seguimiento y procedimientos en PLANIFICACION FAMILIAR, el hospital cuenta con una auxiliar de enfermería ubicado en el consultorio 110. Además de dos médicas y enfermera ubicadas en consulta externa.

Adicionalmente el personal de las rutas joven y adulto.

COBERTURA

Presentamos la cobertura para el año 2025, de la EPS ASMETSALUD-VRS EL TOTAL

ACTIVIDAD	ESTIMACION 2024 SOLO ASMETSALUD	EJECUCION 2024	%	TOTAL Otras EPS	OBSERVACIONES
ADOLESCENTE 1 VEZ	314	174	55%	239	Cobertura para Asmetsalud 55%. Y 50% del total.
ADOLESCENTE CONTROL	629	314	50%	453	
JOVEN 1 VEZ	620	55	9%	186	Cobertura para Asmetsalud 9%. Y 90 % del total.
JOVEN CONTROL	620	561	90%	916	
ADULTO 1 VEZ	527	23	4%	101	Cobertura para Asmetsalud 4% Y 12% del total.
ADULTO CONTROL	2109	258	12%	470	
COBERTURA SIN ADULTO MAYOR	4819	1385	29%		

Se realizaron, además: 122 inserciones de IMPLANTES SUBDERMICOS (89 N EPS+ 33 migrantes Suspendido Asmetsalud) y 311 retiros. Además 20 inserciones de DISPOSITIVO INTRAUTERINO. Y 220 procedimientos de POMEROY. También suspendidos para Asmetsalud. Estos usuarios se contactan con PROFAMILIA.



ANÁLISIS GENERAL:



La cobertura global es solo del 29%, sin embargo, para la ruta joven supera el 50%, en tanto que en la ruta adulto solo alcanza un 8%. Por lo que se hace necesario ajustar la atención en la ruta adulto para atención paralela de los usuarios.

La atención de usuarios de ASMETSALUD corresponde al 70% del total, esto es que para las otras EPS solo del 30%.

ESTRATEGIA DE DIT- BASE DE MUJERES EN EDAD FERTIL (MEF)

Teniendo en cuenta las barreras por parte de las usuarias desde los aspectos personal y cultural, La actividad se basa en acciones de demanda inducida, que se realiza en principio con la ESP ASMETSALUD, con una población de 8300 usuarias, del cual se ha avanzado con 4500 usuarias, esto es el 45%. Este tiene además una pestaña para MEF –RIESGO con 450 usuarias el cual se gestionó en un 100%

TOMA DE CITOLOGIA VAGINAL-2025

Para la actividad de toma de citología vaginal el hospital cuenta con una auxiliar de enfermería, con disponibilidad exclusiva, quien además realiza las actividades de demanda inducida telefónica y todo el soporte administrativo y comunicación con el laboratorio ACACIAS que realiza la lectura.

Además, un enfermero que realiza la gestión de la actividad, el seguimiento de las usuarias con resultado alterado y el reporte a las diferentes EPS y ENTE TERRITORIAL.

SERVICIO DE TOMA DE CITOLOGIA VAGINAL-

Durante el año 2025 se tomaron en total 715 citologías, distribuidas así por edad y por EPS

ACTIVIDAD	CITOLOGIAS TOMADAS	MENOR DE 25 AÑOS	25 A 29 AÑOS	MAYOR DE 29 AÑOS	TOTAL POSITIVAS
ASMETSALUD	334	89	184	71	35
COOSALUD	63	16	37	10	2
NUEVA EPS	275	45	117	113	11
Otras EPS	56	19	17	20	2
TOTAL	738	164	355	218	50

Las **50** usuarias positivas fueron remitidas a la red de cada EPS y actualmente continúan en seguimiento, todas las biopsias fueron negativas.



INDICADORES:

1. COBERTURA:



La medición de la estimación se realiza sobre las usuarias de 25 a 29 años.

ACTIVIDAD	ESTIMACION 2025	EJECUCION 2025	%	OBSERVACIONES
ASMETSALUD	634	184	29%	Se realiza Demanda Inducida Telefónica
COOSALUD	45	37	82%	Se realiza Demanda Inducida Telefónica
NUEVA EPS	194	117	60%	La NUEVA EPS, Demanda Inducida Telefónica.
TOTAL GLOBAL	873	338	38%	

La cobertura se mide con la población de 25 a 29 años, la cual tuvo un comportamiento global de 38% frente al 24% del 2024.

Para lo cual se realizó un plan de mejora basado en la captación activa de usuarias en la consulta externa.

Se mantuvo la estrategia de llamadas telefónicas, que deja una cohorte de usuarias que, de manera crónica, no han podido ser captadas, usuarias que no tienen consultas en la institución y no es posible contactarlas telefónicamente. Se planteará a la EPS un trabajo de purificación de esta base de datos.

2. CALIDAD EN LA TOMA DE MUESTRAS DE CITOLOGIA (Citologías a repetir)

Nº DE CITOLOGIAS SIN COMPONENTE ENDOCERVICAL: $\frac{0}{926} = 0$ (cero)

PLAN DE MEJORA PARA 2026

FORTALECER LA OFERTA

- Para ejecución de atención al 100% de las usuarias en Planificación familiar, esto es un incremento de 7.045 actividades, con el modelo actual, se requiere el aumento del equipo en 3500 horas médico y enfermero.
- La atención integral en las rutas joven y adulto.



FORTALECER LA CAPTACION-DEMANDA INDUCIDA

- Mantener la estrategia de seguimiento con la base de datos de MEF con ASMETSALUD, e iniciar con COOSALUD Y NUEVA EPS.
- Atención en paralelo de las usuarias en la ruta adulto, como se realiza en la ruta joven.
- Captación activa de usuarias en la consulta externa, por parte de los médicos.
- Coordinar efectivamente con APS y equipo extramural la demanda inducida para las usuarias de la toma de citologías a nivel institucional, más allá del ejercicio de las llamadas, caracterizar, la población renuente.
- Dar continuidad a la búsqueda activa de susceptibles para citología vaginal por llamada telefónica, con la continuidad de captación en la consulta externa.
- Complementar la estrategia anterior con la revisión con las EPS de una cohorte de usuarias que históricamente no ha sido posible captar, que no tienen atenciones en el hospital, no tienen teléfono o no contestan y no se han ubicado en la dirección reportada.

FORTALECER LA INTEGRALIDAD

- Ampliar la captación de usuarias para anticoncepción a todos los servicios de consulta externa...
- Fortalecer la integralidad en la atención como política institucional.
- Trabajar las barreras de acceso, mediante educación a grupos focales:
 - Usuarias con miedo a la cirugía
 - Multifaras
 - Adolescentes- Estrategia de servicios amigables

IAMI - AIEPI

PLAN DE ACCIÓN IAMI – AIEPI

El Plan de Acción de la Estrategia Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral (IAMII) para la vigencia 2025 se estructura como una herramienta operativa que orienta la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las actividades relacionadas con la promoción, protección, atención y apoyo a la mujer gestante, la madre, las niñas y los niños menores de doce (12) años, en el marco de la atención integral en salud.



Dicho plan se formula a partir del análisis situacional institucional, la revisión de los resultados obtenidos en la vigencia anterior y la identificación de necesidades prioritarias de la población usuaria, permitiendo establecer acciones concretas, medibles y verificables, alineadas con los lineamientos nacionales de la estrategia IAMII y con los objetivos estratégicos del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E.

El Plan de Acción contempla actividades orientadas al fortalecimiento de la atención prenatal, la preparación para la maternidad y paternidad, la atención institucional del parto, el seguimiento al binomio madre-hijo, la promoción y apoyo a la lactancia materna, la implementación de la estrategia AIEPI y la articulación intersectorial, garantizando la continuidad del cuidado y la integralidad de los servicios.

Cada una de las actividades definidas en el plan cuenta con responsables claramente identificados, recursos asignados, cronogramas establecidos e indicadores de proceso y resultado, los cuales permiten realizar el seguimiento periódico al cumplimiento de las metas propuestas, identificar desviaciones y definir acciones de mejora oportunas.

Asimismo, el Plan de Acción incorpora mecanismos de evaluación continua, mediante el análisis de indicadores cuantitativos y cualitativos, asegurando la toma de decisiones basada en evidencia y el fortalecimiento progresivo de la estrategia IAMII durante la vigencia 2026.

La ejecución del Plan de Acción se desarrolla de manera articulada con los diferentes servicios asistenciales y áreas administrativas de la institución, promoviendo el trabajo interdisciplinario y la corresponsabilidad institucional en la garantía de los derechos de la mujer y la infancia.

DIVULGACIÓN DE LA POLÍTICA Y CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL

Divulgación de la Política Institucional IAMI – AIEPI

Durante la vigencia 2025, el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E. desarrolló acciones permanentes y sistemáticas para la divulgación de la Política Institucional de la Estrategia Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral (IAMII), con el propósito de fortalecer el conocimiento, apropiación y aplicación de sus lineamientos por parte del talento humano y de la comunidad usuaria.

Las actividades de divulgación se dirigieron al personal asistencial, administrativo y de apoyo, así como a las gestantes, madres, familias y cuidadores, empleando diferentes estrategias comunicativas que incluyeron jornadas de inducción y reinducción institucional, socialización en reuniones de servicio, difusión de material educativo impreso y digital, y espacios de información directa en salas de espera y áreas de atención.



SC 4169-1



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

La divulgación de la política IAMII se articuló con los procesos de atención materno infantil, permitiendo reforzar los principios de atención integral, humanizada y con enfoque de derechos, y promoviendo prácticas favorables para la salud de la mujer y la infancia, en concordancia con la normatividad vigente.

Con el fin de evaluar el alcance de las acciones de divulgación, se realizó seguimiento a la cobertura del talento humano capacitado, registrando la participación por tipo de personal y servicio, así como la identificación de oportunidades de mejora para fortalecer la estrategia comunicativa institucional.

Tabla 1. Divulgación de la Política IAMI por tipo de personal

Tipo personal	de Personal capacitado	Observaciones
Asistencial	30	Realizar constantemente
Administrativo	15	Realizar constantemente
Apoyo	40	Realizar constantemente
Total		Realizar constantemente

Se observó poca adherencia a las convocatorias de inducción. Se realizaron diferentes estrategias para mejorar el indicador.

- Elaboración del formato de inducción para que al ingreso se realice la inducción personalizada.
- Realizar inducción por área de trabajo o en cada puesto de trabajo

Capacitación Institucional en la Estrategia IAMI – AIEPI

En el marco del fortalecimiento de la Estrategia IAMII, durante la vigencia 2025 se ejecutó el Plan de Capacitación Institucional dirigido al talento humano asistencial, administrativo y de apoyo, orientado al desarrollo y actualización de competencias técnicas, normativas y actitudinales relacionadas con la atención integral a la mujer gestante, la madre, las niñas y los niños.

El proceso de capacitación se estructuró a partir del diagnóstico de necesidades institucionales, priorizando temas como atención humanizada del parto, consejería en



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

lactancia materna, aplicación de la estrategia AIEPI, seguimiento al binomio madre-hijo y enfoque de derechos en salud materno infantil.

Las jornadas de capacitación se desarrollaron mediante metodologías presenciales y virtuales, garantizando la participación del personal de los diferentes servicios, y permitiendo fortalecer la adherencia a los protocolos, guías de práctica clínica y lineamientos establecidos para la atención materno infantil.

El seguimiento a la capacitación incluyó la evaluación de cobertura, cumplimiento del cronograma y análisis del impacto en los procesos de atención, permitiendo identificar avances, brechas y necesidades de refuerzo, como insumo para la planificación de acciones de mejora continua.

Tabla 2. Capacitación en Estrategia IAMI – AIEPI

AREAS	2025		
	TOTAL DE FUNCIONARIOS POR SERVICIO*	Nº DE FUNCIONARIOS CAPACITADOS	%DE FUNCIONARIOS CAPACITADOS
Sala de parto.	4	2	50%
Consulta externa de Pediatría (Pediatria)	1	1	100%
Control prenatal y de post Parto.	3	3	100%
ruta infantil	5	5	100%
Vacunación.	8	5	62%
Odontología.	10	2	20%
Urgencias.	50	10	20%
Gerencial	7	1	14%
Profesionales administrativos	9	3	33%
Aux administrativos (Facturación- secretarias - asistentes)	20	6	30%
Servicios Generales	13	0	0%
Portería	5	0	0%
adscritos a la institución farmacia	4	0	0%
Salud ocupacional	2	2	100%
convenios educativos (estudiantes)	8	3	37%

DIAGNOSTICO E IMPACTO PLAN DE CAPACITACIONES (tabla 2)

De acuerdo diagnóstico el comportamiento en las diferentes áreas de la institución, se observa sala de partos, consulta externa pediatría, control prenatal, odontología, vacunación y ruta infantil, dentro del parámetro adecuado. (verde). se encuentra en alerta (amarillo) y en riesgo administrativos, urgencias, (rojo)



DIVULGACIÓN DE LA POLÍTICA IAMI – AIEPI DIFUSIÓN RADIAL

Se Realizaron 1 Intervenciones En El Espacio Radial Como Método De Divulgación De La Política IAMI –AIEPI Institucional tomando en cuenta cada tópico relacionado con la política



ATENCIÓN A GESTANTES, PARTO Y POSPARTO

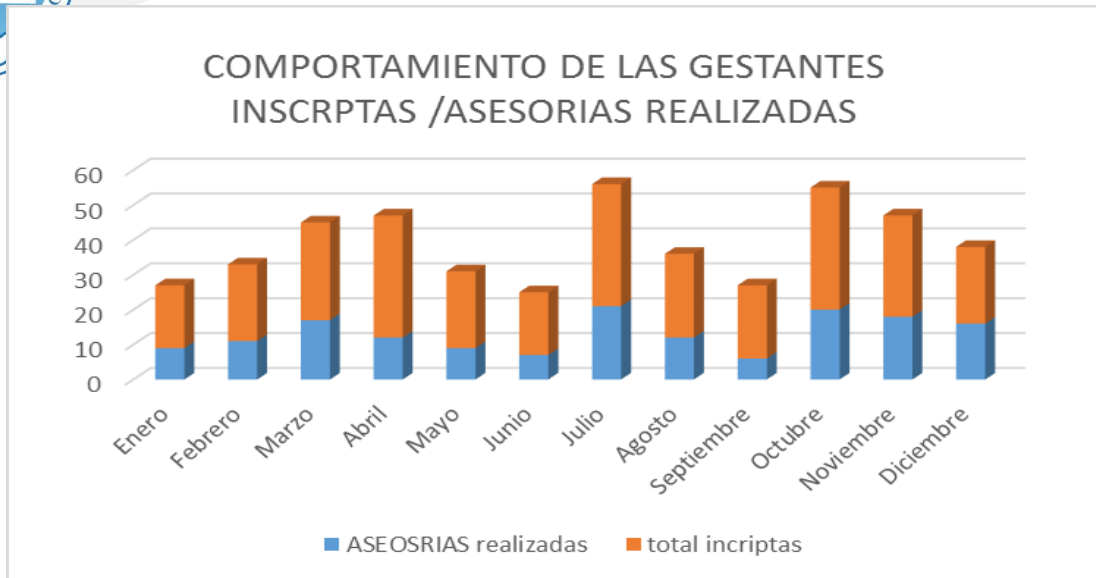
Atención Integral a la Gestante

Durante la vigencia 2025, el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E. garantizó la atención integral a la mujer gestante, mediante la prestación de servicios oportunos, continuos y humanizados, orientados a la promoción de la salud, la prevención de riesgos y la detección temprana de alteraciones durante el proceso gestacional.

La atención prenatal se desarrolló conforme a los lineamientos establecidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), asegurando el acceso a controles prenatales, valoraciones clínicas, seguimiento nutricional, apoyo psicosocial y educación en salud, con énfasis en la corresponsabilidad familiar y el enfoque diferencial.

Como parte de las acciones de fortalecimiento de la estrategia IAMII, se realizaron actividades educativas dirigidas a las gestantes y sus familias, abordando temas relacionados con signos de alarma, preparación para el parto, cuidados durante el embarazo, lactancia materna y derechos en salud, contribuyendo al empoderamiento de la mujer y a la toma de decisiones informadas.

Tabla 3. Atención a gestantes por mes



De acuerdo a la inscripción de las gestantes (309) en el año 2025, asisten a las asesorías programadas EL 51%.

Atención del Parto y Nacimiento

La atención del parto y el nacimiento durante la vigencia 2025 se brindó bajo criterios de calidad, seguridad y humanización, promoviendo el respeto por los derechos de la mujer, el acompañamiento continuo y la adopción de prácticas basadas en la evidencia científica.

La institución favoreció el parto institucional seguro, garantizando la aplicación de protocolos clínicos, la vigilancia del trabajo de parto, la atención oportuna de eventos obstétricos y la articulación del equipo interdisciplinario, con el objetivo de reducir riesgos maternos y perinatales.

Asimismo, se promovieron prácticas protectoras como el contacto piel a piel inmediato, el alojamiento conjunto y el inicio temprano de la lactancia materna, fortaleciendo el vínculo madre-hijo y contribuyendo al bienestar integral del binomio.

Atención en el Posparto y Seguimiento al Binomio Madre-Hijo

Durante el periodo de posparto, el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E. realizó el seguimiento integral a la puérpera y al recién nacido, mediante la valoración clínica, el acompañamiento en lactancia materna y la orientación en cuidados básicos, garantizando la continuidad de la atención y la identificación oportuna de riesgos.

El seguimiento al binomio madre-hijo incluyó acciones de educación en salud, control del crecimiento y desarrollo, vigilancia nutricional y orientación sobre planificación familiar,



fortaleciendo la adherencia a los servicios y la continuidad del cuidado posterior al egreso institucional.

Las actividades desarrolladas en esta etapa se articularon con la estrategia AIEPI y con las RIAS materno perinatales, asegurando un abordaje integral, interdisciplinario y centrado en la familia, en concordancia con los principios de la estrategia IAMII.

Tabla 4. Atención del parto y posparto

Indicador	Cantidad
Partos atendidos	9
Inicio temprano de lactancia	236
Contacto piel a piel	150
Seguimientos posparto	9



PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

Durante la vigencia 2025, el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E. desarrolló acciones continuas orientadas a la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, reconociéndola como una práctica fundamental para la salud, el crecimiento y el desarrollo integral de las niñas y los niños, así como para el bienestar físico y emocional de la madre.



La institución garantizó la implementación de estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a gestantes, madres, familias y cuidadores, orientadas a fortalecer el conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis (6) meses de vida y su continuidad hasta los dos (2) años o más, con alimentación complementaria adecuada.

Como parte de las acciones de apoyo, se brindó asesoría individual y grupal en lactancia materna durante los controles prenatales, la atención del parto, el posparto inmediato y el seguimiento ambulatorio, favoreciendo el inicio temprano de la lactancia, el contacto piel a piel y la identificación oportuna de dificultades relacionadas con la técnica de amamantamiento.

La protección de la lactancia materna se desarrolló mediante la promoción del cumplimiento de la normatividad vigente relacionada con la comercialización de sucedáneos de la leche materna, la sensibilización del talento humano sobre la importancia de prácticas institucionales favorables y la generación de entornos que apoyen la lactancia materna en los servicios de salud.

Asimismo, se fortaleció la articulación con la estrategia IAMII y con las Rutas Integrales de Atención en Salud, integrando la lactancia materna como un componente transversal del cuidado materno

infantil, garantizando la continuidad del acompañamiento y el seguimiento al binomio madre-hijo.

El seguimiento de las acciones desarrolladas permitió evaluar la cobertura de las actividades de promoción y apoyo, identificar barreras para la práctica de la lactancia materna y definir acciones de mejora orientadas a fortalecer la adherencia y sostenibilidad de esta práctica en la población usuaria.

Tabla 5. Actividades de promoción y apoyo a la lactancia materna

Actividad	Número de actividades	de Población beneficiada	Observaciones
Asesorías individuales	236	Madres lactantes	Con historia clínica, sin contar las que se atienden sin cita previa
Asesorías grupales	201	Madres fami	Actividades coordinadas con la comunidad en general

Actividad	Número de actividades	de Población beneficiada	Observaciones
Actividades educativas	12	Escuelas de padres en gestación	Actividad que se realiza de manera mensual



ENCUESTAS Y SEGUIMIENTO A LA LACTANCIA MATERNA

Durante la vigencia 2025, el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E. implementó procesos de recolección y análisis de información relacionados con las prácticas de lactancia materna, mediante la aplicación de encuestas dirigidas a gestantes, madres lactantes y cuidadores, con el fin de evaluar conocimientos, actitudes y prácticas asociadas a la alimentación infantil.

Las encuestas aplicadas permitieron identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre los beneficios de la lactancia materna, la duración de la lactancia materna exclusiva,



SC 4469-1



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

la continuidad de la lactancia con alimentación complementaria y las principales dificultades presentadas durante el proceso de amamantamiento.

La información obtenida a través de los instrumentos de medición fue sistematizada y analizada, constituyéndose en un insumo fundamental para la toma de decisiones y la orientación de las acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, en el marco de la estrategia IAMII.

El seguimiento a las madres lactantes incluyó el acompañamiento durante los controles de crecimiento y desarrollo, la atención posparto y las consultas de seguimiento, permitiendo identificar oportunamente situaciones que pudieran interferir con la práctica de la lactancia materna y brindar asesoría personalizada.

Los resultados del seguimiento evidenciaron la necesidad de fortalecer las acciones educativas y de apoyo continuo, así como de mantener el compromiso institucional con la generación de entornos protectores de la lactancia materna, en concordancia con la normatividad vigente y los lineamientos nacionales.

Tabla 6. Resultados encuesta de lactancia materna

Variable evaluada	Resultado	Observaciones
Lactancia materna exclusiva	89 %	Se pudo observar que las madres reconocen el tiempo que se debe llevar a cabo lactancia exclusiva
Conocimiento beneficios	85 %	Reconocen que los beneficios son importantes para él bebe y para ellas y también mencionan la economía
Dificultades identificadas	68 %	Manifiesta que en muchas ocasiones no sale suficiente leche, así como que algunas por trabajo no logran llegar a los 6 meses de lactancia exclusiva
Continuidad lactancia	72%	La mayoría de la población muestra, acierta en el tiempo de prolongación de lactancia materna

ESTRATEGIA AIEPI: ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS Y NIÑAS

Durante la vigencia 2025, el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E. implementó la Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) como un componente fundamental de la atención materno infantil, orientado a la reducción de la morbilidad y mortalidad en niños y niñas, mediante la atención oportuna, integral y con enfoque preventivo.

La aplicación de la estrategia AIEPI se desarrolló en los servicios asistenciales, garantizando la valoración integral de los niños y niñas menores de cinco (5) años, incluyendo la



evaluación clínica, nutricional y psicosocial, así como la identificación temprana de signos de alarma y factores de riesgo.

El talento humano asistencial aplicó los protocolos y guías establecidas para la atención AIEPI, asegurando la clasificación adecuada de los casos, la definición de conductas terapéuticas pertinentes y la orientación a las familias sobre cuidados en el hogar, signos de alarma y seguimiento, fortaleciendo la corresponsabilidad en el cuidado infantil.

Asimismo, se promovió la articulación de la estrategia AIEPI con las Rutas Integrales de Atención en Salud, el programa de crecimiento y desarrollo y las acciones de promoción y prevención, garantizando la continuidad del cuidado y el abordaje integral de la salud infantil.

El seguimiento a la implementación de la estrategia permitió evaluar la cobertura de la atención, la adherencia a los lineamientos establecidos y la calidad de los servicios prestados, identificando oportunidades de mejora orientadas al fortalecimiento de la atención integral a la niñez.

Tabla 7. Atención AIEPI por mes

Hospitalización de casos atendidos en Sala ERA
 Tipo de indicador: Resultado
 Periodicidad: Mensual
 Definición: Número de niños con IRA atendidos en Sala ERA que se hospitalizan en la institución
 Propósito: Identificar el porcentaje de hospitalizaciones posteriores a la atención Sala ERA
 Fuente de Información: Formatos de Sala ERA IPS
 Interpretación del resultado: Porcentaje de hospitalización de casos atendidos en la Sala ERA
 Nivel: "Departamental, Distrital, Municipal, Institucional - IPS"
DILIGENCIAR EL NUMERADOR Y EL DENOMINADOR EN LA CELDAS CORRESPONDIENTES

Nombre del indicador	Hospitalización de casos atendidos en Sala ERA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
Definición operacional	Numerador: # de niños menores de 5 años con IRA que se hospitalizan posterior a atención en Sala ERA (máx. 6 horas)	0	0	0	0	0	1	3	3	4	3	5	2	21
	Denominador: # niños menores de 5 años con IRA atendidos en Sala ERA	3	4	8	10	15	18	10	39	58	32	50	38	285
HOSPITALIZACIÓN DE CASOS ATENDIDOS EN SALA ERA		0%	0%	0%	0%	0%	6%	30%	8%	7%	9%	10%	5%	7%

Reingreso de casos atendidos en Sala ERA
 Tipo de indicador: Resultado
 Periodicidad: Mensual
 Definición: Número de niños con IRA atendidos en Sala ERA que reingresan durante los siguientes 7 días
 Propósito: Identificar el porcentaje de reingresos posteriores a la atención en Sala ERA
 Fuente de Información: Formatos de Sala ERA IPS
 Interpretación del resultado: Porcentaje de reingreso de casos atendidos en la Sala ERA
 Nivel: "Departamental, Distrital, Municipal, Institucional - IPS"
DILIGENCIAR EL NUMERADOR Y EL DENOMINADOR EN LA CELDAS CORRESPONDIENTES



Nombre del indicador	Reingreso de casos atendidos en Sala ERA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
Definición operacional	Numerador: # de niños menores de 5 años con IRA con reingreso posterior a atención en Sala ERA (máx. 7 días)	0	1	0	1	0	3	1	9	12	2	6	1	36
	Denominador: # niños menores de 5 años con IRA atendidos en Sala ERA	3	4	8	10	15	18	10	39	58	32	50	38	285
REINGRESO DE CASOS ATENDIDOS EN SALA ERA		0%	25%	0%	10%	0%	17%	10%	23%	21%	6%	12%	3%	13%

- SEGUIMIENTO AL GRUPO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS
- Durante el periodo 2025 se realizaron 21 seguimientos a niños hospitalizados
- SEGUIMIENTO A NIÑOS Y NIÑAS Q CONSULTAN AIEPI
- durante este periodo 2025 se realizaron 285 seguimientos y asesorías

Ronda Institucional

Se realizaron rondas institucionales en el área de hospitalización y también urgencias a niños hospitalizado o en observación, con un comportamiento de mayor incidencia en la infancia para ser captados y recibir la atención y asesorías a sus familiares.

APOYO INTERSECTORIAL

Durante la vigencia 2025, el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E. fortaleció el apoyo intersectorial como un componente estratégico para la implementación de la Estrategia Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral (IAMII), reconociendo la importancia de la articulación con otros sectores para el abordaje integral de los determinantes sociales de la salud.

La institución participó de manera activa en espacios de articulación intersectorial tales como comités, mesas técnicas, jornadas comunitarias y encuentros institucionales, en coordinación con entidades del orden municipal y departamental, instituciones educativas, organizaciones comunitarias y otros actores sociales relacionados con la atención a la mujer y la infancia.

Las acciones intersectoriales desarrolladas permitieron fortalecer la promoción de prácticas saludables, la protección de los derechos de la mujer y la infancia y la implementación de acciones conjuntas orientadas a mejorar las condiciones de vida de la población, favoreciendo el acceso oportuno a los servicios de salud y la continuidad del cuidado.



Asimismo, el trabajo intersectorial facilitó la identificación de necesidades y problemáticas sociales que inciden en la salud materno infantil, permitiendo la articulación de respuestas integrales y la optimización de recursos institucionales y comunitarios.

El seguimiento a las acciones intersectoriales permitió evaluar el nivel de articulación alcanzado, la participación de los actores involucrados y el impacto de las actividades desarrolladas, constituyéndose en un insumo para el fortalecimiento continuo de la estrategia IAMII.



APOYO INTERSECTORIAL

Participación permanente en el comité de infancia, adolescencia y familia Cumplimiento en un 100%

Se realizaron 7 reuniones; relacionadas con la intervención en el plan de desarrollo municipal y las políticas públicas de intervención de infancia con énfasis en la primera infancia y el portafolio de servicios de cada institución, para convenir un acercamiento intersectorial el comité relacionado se referencia a CIAFY Y CIETY.

Tabla 8. Articulación intersectorial

Entidad	Tipo de articulación	Actividades realizadas	Observaciones
Secretaría de Salud	Educativa, proyectos	Nutrición, ciafy ciety	Mensual

Entidad	Tipo de articulación	Actividades realizadas	Observaciones
ICBF	educativas	Capacitaciones de temas de salud	Se programan todas las actividades que haya el espacio de manera constante
Educación	Instituciones empresas	Capacitaciones de salud	Por medio del plan de intervenciones colectivas (pic)

Tabla 9. Indicadores de la Estrategia IAMI – AIEPI

Indicador	Meta	Resultado	% Cumplimiento
Atención a gestantes	200	158	79%
Lactancia materna	200	236	100 %
Estrategia AIEPI	1	12	100 %
Capacitación	2	2	100%

SEMANA DE LA PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA




VISITAS A LAS IPS DE YUMBO



EVENTO DE LACTANCIA MATERNA





RECERTIFICACION IAMII 2025 – 2028



ANÁLISIS DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Análisis de Resultados

El análisis de los resultados obtenidos durante la vigencia 2025 evidencia avances significativos en la implementación de la Estrategia Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral (IAMII) en el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E., reflejados en el fortalecimiento de los procesos de atención materno infantil y en la articulación de las acciones de promoción, prevención, atención y seguimiento, así como la recertificación 2025-2028 el día 09 diciembre 2025.

La ejecución del Plan de Acción permitió consolidar actividades orientadas a la atención integral de la gestante, la atención humanizada del parto, el seguimiento al binomio madre-hijo, la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, la implementación de la estrategia AIEPI y el fortalecimiento del trabajo intersectorial, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de los servicios prestados.

El seguimiento a los indicadores definidos evidenció niveles de cumplimiento acordes con las metas establecidas, así como la identificación de brechas relacionadas con la cobertura, la adherencia a las prácticas recomendadas y la continuidad del seguimiento, aspectos que constituyen oportunidades de mejora para el fortalecimiento de la estrategia.



La implementación de la Estrategia IAMII durante la vigencia 2025 permitió consolidar un enfoque de atención integral, humanizada y con enfoque de derechos, orientado a la protección de la salud de la mujer y la infancia en el municipio de Yumbo.

El compromiso institucional, la participación del talento humano y la articulación con otros sectores fueron factores determinantes para el logro de los resultados alcanzados, evidenciando la importancia del trabajo interdisciplinario y la corresponsabilidad en la atención materno infantil.

La lactancia materna, la atención integral a la gestante y la implementación de la estrategia AIEPI continúan siendo pilares fundamentales de la estrategia IAMII, requiriendo acciones permanentes de fortalecimiento y seguimiento para garantizar su sostenibilidad.

Recomendaciones

Fortalecer las acciones de capacitación continua del talento humano, con énfasis en la actualización de lineamientos técnicos y normativos relacionados con la atención materno infantil y la estrategia IAMII.

Reforzar las actividades de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, priorizando el acompañamiento oportuno a las madres y la identificación temprana de barreras para su práctica.

Ampliar y consolidar el trabajo intersectorial, promoviendo alianzas estratégicas que permitan abordar de manera integral los determinantes sociales de la salud que afectan a la mujer y la infancia.

Mantener el seguimiento permanente a los indicadores de la estrategia, garantizando la toma de decisiones basada en evidencia y la mejora continua de los procesos institucionales.

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION - PAI

Durante el año 2025 se ha venido fortalecido el Programa Ampliado de Inmunizaciones en la institución, esto debido a las diferentes estrategias y articulaciones que se ejecutaron en este año 2025, como lo han sido, la búsqueda susceptibles a los niños y niñas de 1 a 11 años Sarampión- Rubéola y Paperas e influenza, también se intervinieron colegios, se realizaron jornadas nacionales de vacunación, Jornadas Departamentales y municipales junto con jornadas nocturnas fortaleciendo con ello la estrategia de esquema al día, y logrando captar población objeto a la que le es difícil el acceso al programa por diversos factores.



Con todos estos resultados de igual manera seguimos implementando estrategias con el fin de seguir mejorando y aumentando nuestras coberturas óptimas para el segundo trimestre 2025.

Objeto: Presentar avances, cronograma y resultados de la vacunación del año 2025 (1 enero al 31 diciembre), ejecutando jornadas de vacunación, desglosando por rango de edades >1 año, 1 a 4 años, 5 años, 6 a 17 años, 18 a 59 y adulto mayor >60 años y población gestante.

El año en curso se empezó con presentar informes finales del 2024, con nuevas mejoras tanto administrativas, estratégicas como operativas en el área de vacunación, por ende, plan de acción, plan de gestión, micro planeación para todo el año 2025 se actualizaron los siguientes documentos pertinentes para la secretaria de salud municipal.

Nombre	Fecha de modificación	Tamaño	Clase
202501 FORMATOS PLAN DE ACCION Y PUNTOS DE VACUNACION 1RAJNV 2025 2...xlsx	29/05/2025, 8:15 a.m.	173 KB	Micros...k (.xlsx)
ELEMENTOS TECICOS CADENA DE FRIO.xlsx	5/06/2025, 9:43 p.m.	382 KB	Micros...k (.xlsx)
FORMATO COMPLEMENTO INFORMACION DE M...OPLANIFICACION POR IPS DICIEMBRE 2025.xlsx	6/12/2025, 11:26 a.m.	27 KB	Micros...k (.xlsx)
OFICIO MICROPLANEACION	13/08/2025, 1:11 p.m.	87 KB	Micros...t (.doc)
PLAN DE ACCION 2025.xlsx	5/06/2025, 9:43 p.m.	382 KB	Micros...k (.xlsx)
PLAN DE CONTINGENCIA CADENA DE FRIO 2025	13/08/2025, 1:11 p.m.	87 KB	Micros...t (.doc)
PLAN DE CRISIS PAI 2025	13/08/2025, 1:11 p.m.	87 KB	Micros...t (.doc)
PLAN DE VACUNACION.xlsx	5/06/2025, 9:43 p.m.	382 KB	Micros...k (.xlsx)
REQUERIMIENTOS 2025	13/08/2025, 1:11 p.m.	87 KB	Micros...t (.doc)

Para este año por directriz nacional 8 días antes de cada jornada de vacunación se debe implementar un plan de acción para cada una de jornada a realizar, con estrategias IEC, logística, insumos, cadena de frío y entregables para secretaria de salud municipal y departamental.

También se implementa la capacitación continua del personal de vacunación, 5 días antes de la jornada de vacunación se realizan capacitaciones de esquemas de vacunación, EAPBS, protocolos, humanización, disposición de metas lo cual ayuda a generar un equipo de talento humano integral.

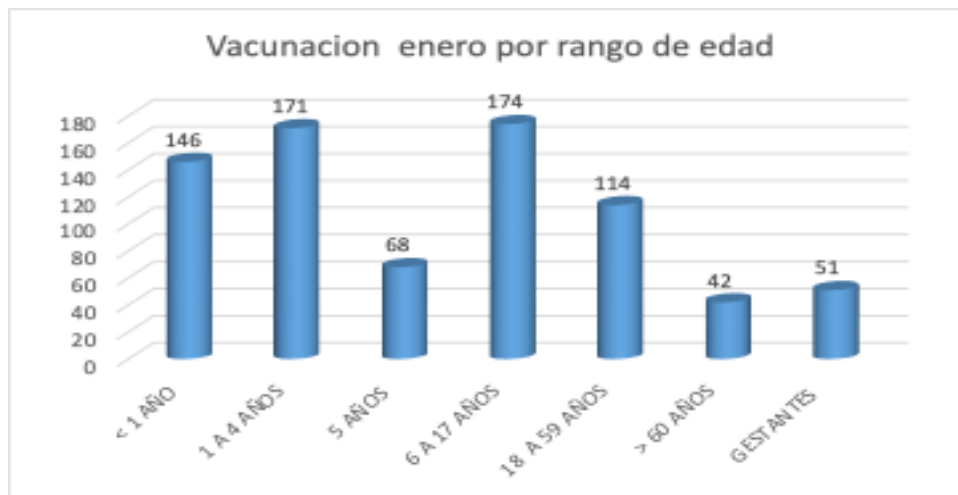
Para los equipos de trabajo se manejan por roles los cuales están conformado y sus funciones son:



DIGITADORES	VACUNADORES	REGISTRADORES
Son los encargados de diligenciar el formato PAI y registrar a la plataforma del pai web las dosis aplicadas, registrar en la plataforma de registro diario todos los usuarios vacunados, realizar la nota de enfermería de cada usuario y verificar en el pai web cada usuario antes de vacunarlos.	Son las encargadas de preparar el biológico, vacunar y dar las recomendaciones post-vacúnales al usuario:	Son las personas encargadas diligenciar consentimientos informados, carnets de vacunas, facturas y hacer seguimiento a la cohorte.

Para el 17 de enero del presente año se planifico la primera jornada de vacunación nacional en el municipio lo cual arrojó un total de vacunados de **51**

El mes de enero se obtuvo una vacunación de 766, se tiene una tendencia en cifras ya que aún se tienen personas en época vacacional, pero aun así tuvo un crecimiento de 4,5% con el mes de enero del año 2024, sin embargo, para mayor entendimiento del cómo se registró la vacunación para este mes se desglosa por rango de edades según los esquemas de vacunación



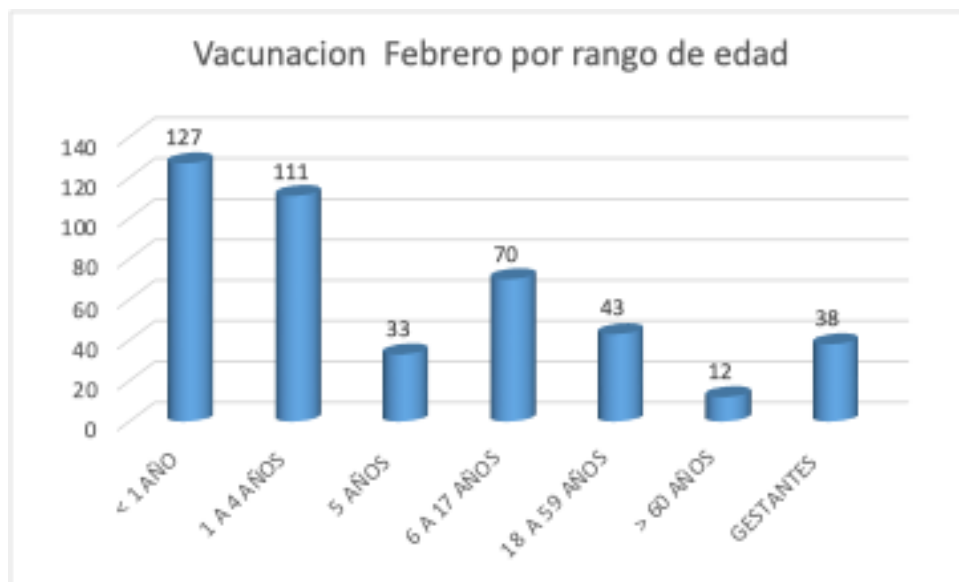
Para el mes de febrero se empezó entregado los informes de 16 plantillas a la secretaria de salud municipal los primeros 3 día del mes.



Se realizó mantenimiento de neveras e enfriadores para mantener el cumplimiento de la cadena de frío de los biológicos existentes en el hospital como se debía.

En el área asistencial y operativa del área de vacunación para el mes de febrero se realizó una vacunación total de **434**

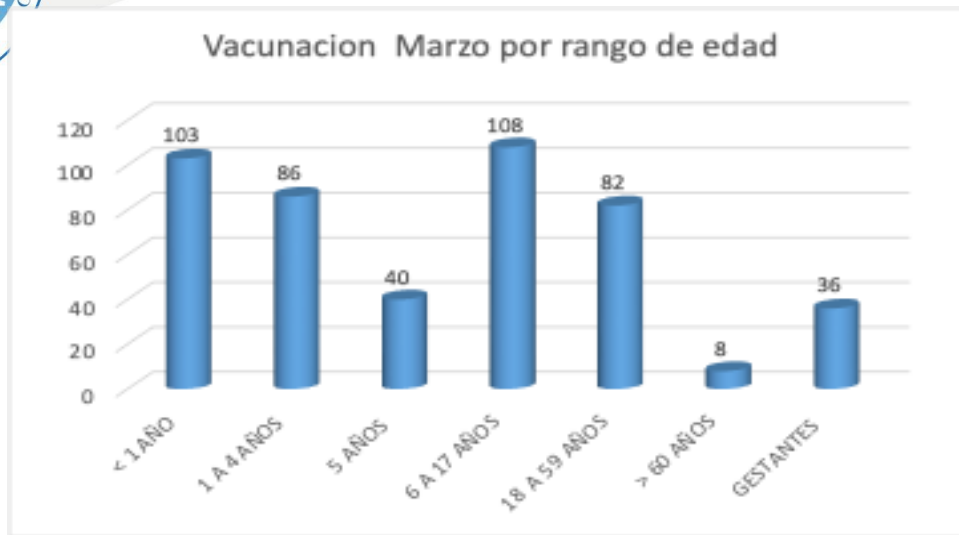
Lo cual se realiza desglosada por edad y tenemos los siguientes datos



Donde se siguió a la baja ahora con un 7% con referente al mes de febrero, por eso se volvió implementar plan de acción para aumentar metas trazadoras de las EAPBs ya que no se cumplía con lo requerido, la vacunación desglosada por rango de edad quedo de la siguiente manera.

Lo cual tuvo un descenso en vacunación de un 35% con el mes enero.

Para el mes de marzo se envió el plan de acción para la tercera jornada de vacunación nacional, junto con jornada de vacunación nocturna con los estándares requeridos para el propósito de generar gran afluencia de población Yumbeña, para este mes en total se vacunaron **463**



Como estrategia para el área de vacunación se realiza un plan de acción para el primer semestre del año en curso, donde se plantean metas y actividades a desarrollar para aumentar coberturas efectivas del área.

Se empieza a ejecutar el plan de gestión para las próximas jornadas de vacunación nacional para el mes de abril.

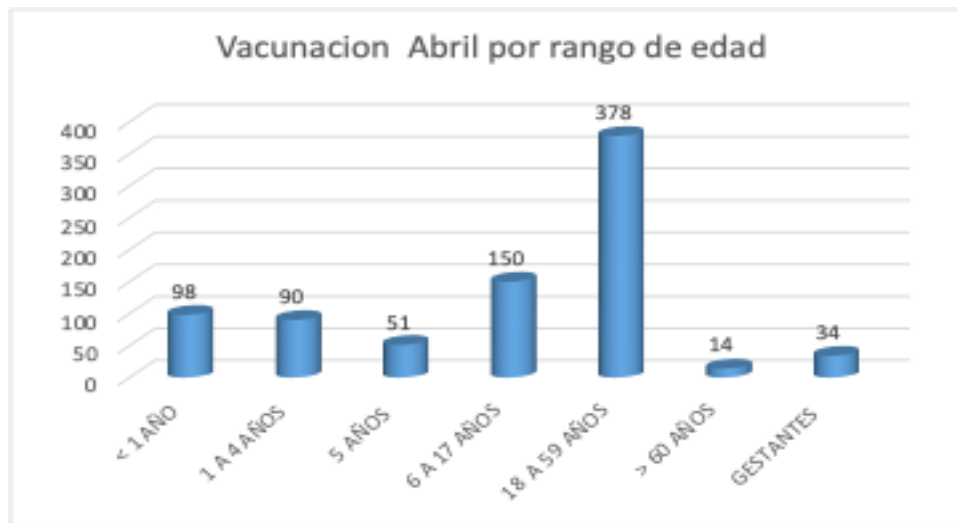
ESTRATEGIA OPERACIONAL	LOGISTICA	DESCRIPCION	RESPONSABLES	CANTIDAD DE ACTIVIDADES	CRONOGRAMA	FUENTE FINANCIACIÓN
FORTALECER LA VACUNACIÓN EXTRAMURAL VACUNACIÓN CASA A CASA	Realizar minimo 1 jornada de vacunacion al mes	En cada jornada se despliega todo el personal, y toda la divulgación para realizar dicho evento	Coordinador PAI Regular Hospital La Buena Esperanza	3	mensual	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
	Realizar difusión en cada comuna del municipio	Aumentar los equipos de trabajo diario, con un despliegue mas efectivo en pro de la vacunacion, estandarizando metas internas.	Coordinador PAI Regular Hospital La Buena Esperanza	12	semanal	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
ARTICULACION CON SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL	Realizar jornada de vacunacion dentro de cada una de las instituciones educativas del municipio	Dentro de cada una de las instituciones, tomamos un día y llevar un punto fijo, con actividades, sensibilización, con rifas y/o regalos que inciten a los jóvenes a la vacunacion	Coordinador PAI Regular Hospital La Buena Esperanza	18	mensual	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo



FORTALECER LA ARTICULACION CON EL ICBF	Realizar visita a los hogares infantiles para el mejoramiento de coberturas trazadoras	Visitar cada hogar infantil del municipio, para completar esquemas de vacunación	Coordinador PAI Regular Hospital La Buena Esperanza	por evento	octubre noviembre	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
		Realizar una visita con crecimiento y desarrollo	Coordinador PAI Regular Hospital La Buena Esperanza	por evento	noviembre	
FORTALECIMIENTO DE ESTRATEGIAS DE DIFUSION HACIA LA COMUNIDAD	Aumentar la difusión en la plataforma digital en la Fanpage del Hospital, realizando pautas de publicidad dentro de Facebook e Instagram	Realizar mínimo una pauta quincenal en la plataforma del Hospital con publicación interesante para el receptor	Coordinador PAI Regular Hospital La Buena Esperanza	10	semanal	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
	Aumentar la comunicación e información antes de cada jornada de vacunación y/o jornada de intensificación	Fortalecer la comunicación para captar más población	Coordinador PAI Regular Hospital La Buena Esperanza	10	semanal	
FORTALECIMIENTO DE LA COHORTE DE ASMET SALUD	Llegar al 95% del seguimiento a la cohorte	Realizar revisión diaria de la cohorte con metas diarias	Coordinador PAI Regular Hospital La Buena Esperanza	86	diario	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
LLEGAR AL 86% DE COBERTURAS DE METRAS TRAZADORAS DE ASMET SALUD	Trabajar fuertemente en jornadas implementadas en el presente plan de acción para el cumplimiento de metas	Mejorar articulación y difusión de la población afiliada a Asmet Salud	Coordinador PAI Regular Hospital La Buena Esperanza	10	semanal	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
MEJORAR EL SISTEMA DE INFORMACION	Aumentar la comunicación con Asmet salud	mejorar los tiempos de informes de asmet salud	Coordinador PAI Regular Hospital La Buena Esperanza	10	semanal	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
MEJORAMIENTO DE ARTICULACION CON LA EAPB ASMET SALUD	Fortalecer la alianza de la contratación	mejorar la interlocución e información hacia la comunidad	Coordinador PAI Regular Hospital La Buena Esperanza	10	semanal	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
MEJORAMIENTO DE ARTICULACION CON LA EAPB NUEVA EPS	Realizar asistencia técnica con la EAPB	establecer metas claras de la población	Coordinador PAI Regular Hospital La Buena Esperanza	evento	octubre noviembre	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
MEJORAMIENTO DE ARTICULACION CON LA EAPB COMFENALCO	Realizar asistencia técnica con la EAPB	establecer metas claras de la población	Coordinador PAI Regular Hospital La Buena Esperanza	2	octubre noviembre	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
MEJORAMIENTO DE ARTICULACION CON LA EAPB SALUD TOTAL	Realizar asistencia técnica con la EAPB	establecer metas claras de la población	Coordinador PAI Regular Hospital La Buena Esperanza	2	octubre noviembre	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
FORTALECER SISTEMA DE FACTURACION	Mantener el 90% de facturación establecida por mes	minimizar los rezagos de facturación, y mantener al día esta tarea	Coordinador PAI Regular Hospital La Buena Esperanza	86	diario	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
MANTENER AL DÍA CIFRAS Y DATOS DE VACUNACIÓN	mantener coberturas, cifras siempre disponibles	mejorar y fortalecer las actividades internas	Coordinador PAI Regular Hospital La Buena Esperanza	10	semanal	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
REALIZAR CAPACITACION DEL PERSONAL VACUNACIÓN	Realizar capacitación de atención al usuario y Humanización	Se realizará 1 capacitación al personal de PAI y COVID sobre atención al usuario, Humanización, esquemas, refuerzos.	Coordinador PAI Regular Hospital La Buena Esperanza	3	mensual	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo



Para el mes de abril se aplicó el plan de acción para las jornadas de vacunación que se realizaron para el mencionado mes, también se empezó con la planeación de actividades del contrato de la secretaria de salud municipal PIC para aumentar coberturas en el programa de vacunación, cabe resaltar, que se aplicaron protocolos y actividades interpuestos en el plan de acción donde se obtuvo un crecimiento de vacunación de 43%. Y esto nos arrojó el siguiente total de vacunación: **815**

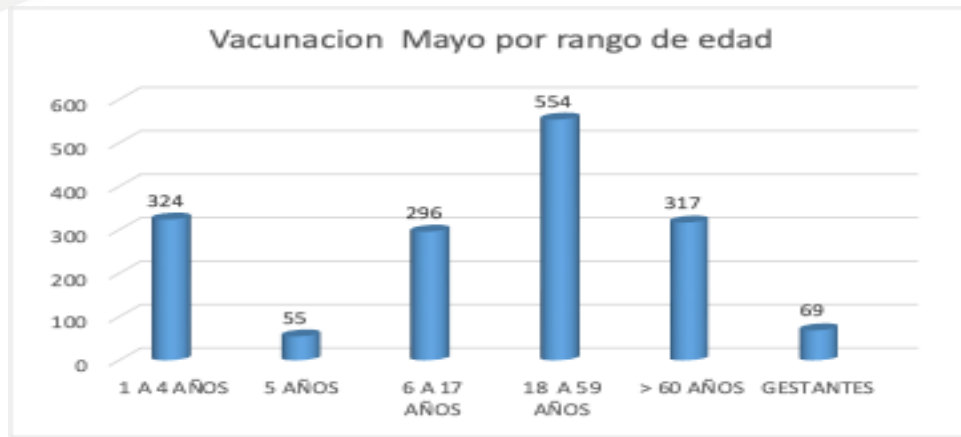


Para el mes de mayo se empezó a realizar jornadas de vacunación casa a casa, gracias a la contratación del PIC, lo cual ayudo a un crecimiento del 118% con el mes de abril con el total de vacunados, lo cual fue positivo para las coberturas establecida para el rango de edad de 18 a 59 años.

En la jornada de vacunación implementando el plan de acción se abrieron 6 puntos fijos para minimizar las barreras del servicio de vacunación, los cuales fueron:

- ⇒ Hospital
- ⇒ Parque Belalcázar
- ⇒ Plaza de mercado
- ⇒ Cencar
- ⇒ IPS Comfenalco
- ⇒ Vereda el pedregal

Total vacunados **1778**



GRUPO 1. FECHA 30 MAYO 2025 INSTITUCION EDUCATIVA IRENE FERREROSA: CRA 18G # 7A-86 BARRIO GUABINAS 7:00 AM A 12:00M 6:15 AM A 12:00 M	GRUPO 2. FECHA 30 MAYO 2025 INSTITUCION EDUCATIVA SEDE VILLA ESPERANZA: TRANSVERSAL 7 # 18D-42 6:15 AM A 2:00 PM	GRUPO 3. FECHA 30 MAYO 2025 INSTITUCION EDUCATIVA SEDE LAS AMERICAS CALLE 9 # CRA 18 ESQUINA PARTE ALTA 6:15 AM A 12:00 PM	GRUPO 4. FECHA 30 MAYO 2025 INSTITUCION EDUCATIVA SEDE LAS AMERICAS: T 10C # 17B-70 PARTE BAJA 6:15 AM A 2:00 PM	GRUPO 5. FECHA 30 MAYO 2025 INSTITUCION EDUCATIVA SEDE PANORAMA: T 7H # D 14-40 6:15 AM A 12:00 PM
GRUPO 1. FECHA 26 MAYO 2025 INSTITUCION EDUCATIVA ROSA SARATE DAPA: RURAL 6:15 AM A 12:00 PM				

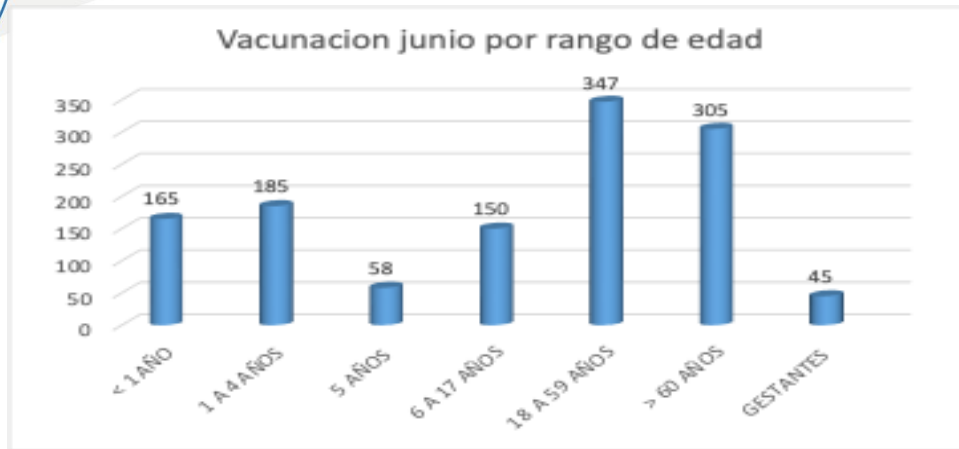
Para este mes se visitaron instituciones educativas del municipio para la actualización de los esquemas de vacunación como el cronograma establecido

Para el mes de junio se estableció 1 jornada nacional el (28) junio donde se implementó medidas correctivas mediante plan de acción generado para la misma, con ello se realizó transporte y entrega de refrigerios, Se aperturaron 5 puntos fijos para minimizar las barreras del servicio de vacunación, los cuales fueron:

- ⇒ Hospital
- ⇒ Parque Belalcázar
- ⇒ Plaza de mercado
- ⇒ IPS ASI
- ⇒ IPS Ser salud

Aunque se tuvo un descenso de vacunación aún se mantiene buenas coberturas generales a la fecha.

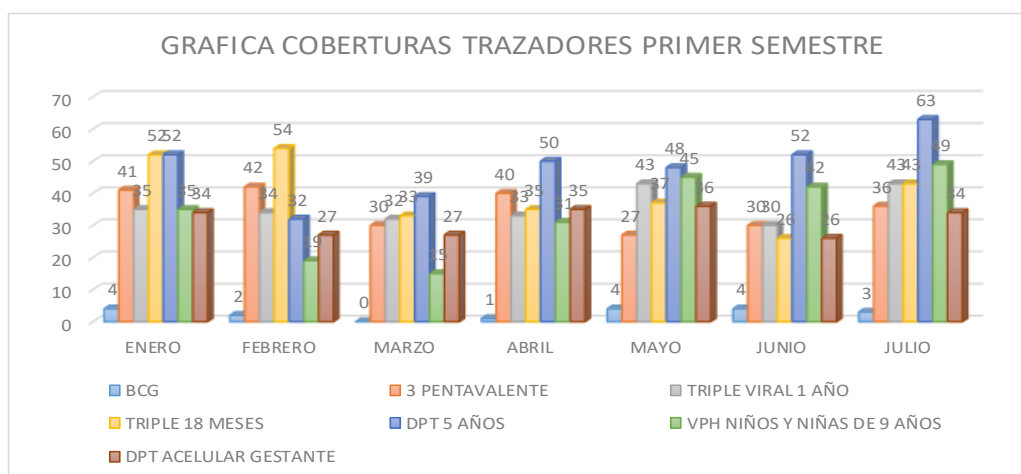
Total, vacunados **1255**



PRIMER SEMESTRE EN COBERTURAS VACUNACION 2025

En junio: siguiendo con la estrategia de coberturas establecida por la secretaria de salud municipal, tenemos los siguientes porcentajes de cobertura, teniendo un déficit en el biológico BCG, por los embarazos remitidos a otros lugares como son, Cali, Buga, pero cabe resaltar que en población de 1 año y de 18 meses tuvo buena cobertura para el primer semestre del año 2025, por ende, se empieza a implementar plan de acción para población de 9 años en instituciones educativas.

PORCENTAJE PRIMER SEMESTRE	BCG	3 PENTAVALENTE	TRIPLE VIRAL 1 AÑO	TRIPLE VIRAL 18 MESES	DPT 5 AÑOS	VPH NIÑOS Y NIÑAS 9 AÑOS	DPT ACELULAR GESTANTE
	11%	107%	48%	61%	43%	13%	29%





Para el mes de julio se realizaron (2) jornadas de vacunación los días 25 y 26 de julio, donde se desplegó una estrategia de IEC, para la captación de la comunidad Yumbeña, se tuvo articulación con EPS/IPS para que notificaran a su población de la jornada.

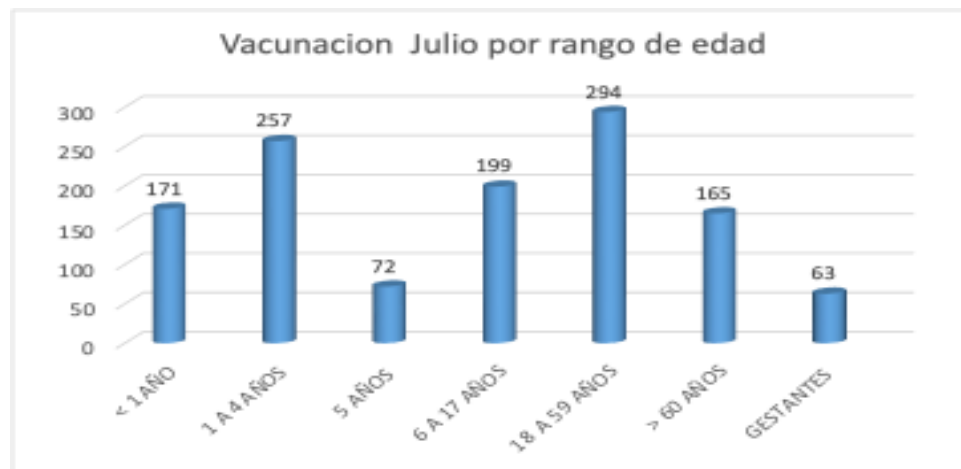
Se llevó a cabo la jornada el último sábado del mes de julio, cumpliendo los lineamientos. Jornada nocturna 25 de julio:

- Hospital

Jornada el 26 de julio se apertura ron 5 puntos fijos para minimizar las barreras del servicio de vacunación, los cuales fueron:

- Hospital
- Parque Belalcázar
- Parque Lineal
- Plaza de mercado
- IPS Ser salud

Total, población vacunada **1221**



En el mes de julio también se tuvo asistencia técnica con las EAPBS contratantes con el hospital, examinando coberturas, trabajando en actividades y planes de acción para aumentar coberturas.

Para el mes de agosto se realizó 1 jornada de vacunación extramural el día (30), con los mismos puntos fijos del mes de julio, para aumentar cobertura, se realizó casa a casa en panorama parte alta, Juan Pablo, Puerto Isaac, barrios de altos índices de pobreza, se enfatizó en terminar barrios de la comuna 1 del municipio, se realizó articulación con las

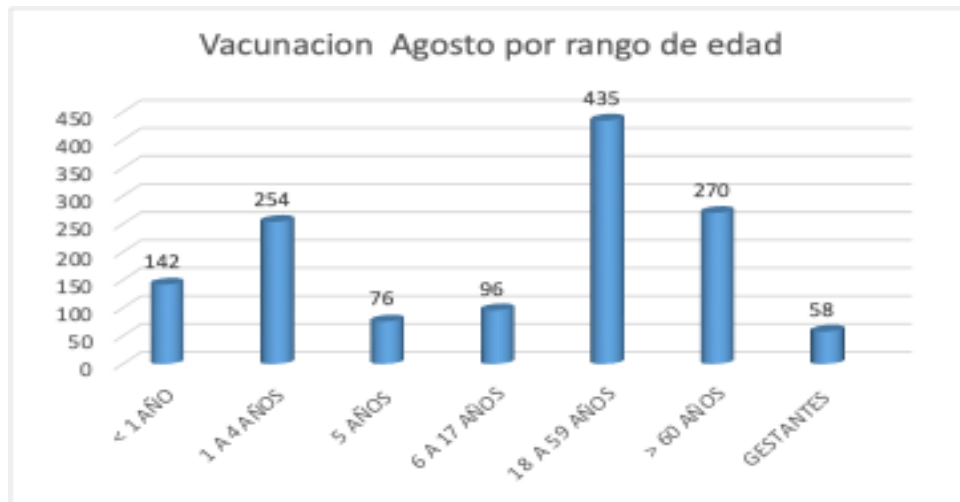


SC: 4469-1



Miembro de la Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

JAC para la divulgación de información de las jornadas casa a casa, lo cual nos llevó a tener una vacunación total de **1331**



En este mes también se realizó visita al hogar nocturno infantil arrullo.

TOTAL VACUNADOS JARDIN NOCTURNO ARULLO AGOSTO
8

También para este mes se articuló con la secretaria de salud y secretaria de educación para impactar de nueva las instituciones educativas del municipio.

TOTAL VACUNADOS EN I.E ALBERTO MENDOZA MAYOR LICEO COMERCIAL	TOTAL VACUNADOS EN I.E ALBERTO MENDOZA MAYOR SEDE JUAN PABLO B	TOTAL VACUNADOS I.E SEDE TITAN	TOTAL VACUNADOS I.E JOSE MARIA CORDOBA	TOTAL VACUNADOS I.E JOSE FINA SANCHEZ TELLO	
39	9	44	86	26/08/2025	27/08/2025
				28	58

Para el mes de septiembre se tuvo un aumento porcentual de un 33% de la vacunación,

Para este mes se realizaron 3 jornadas de vacunación. Las Jornadas de vacunación nocturnas (2) el día 19 y 26 de septiembre que se apertura (1) punto fijo el Hospital La Buena



SC 4469-1

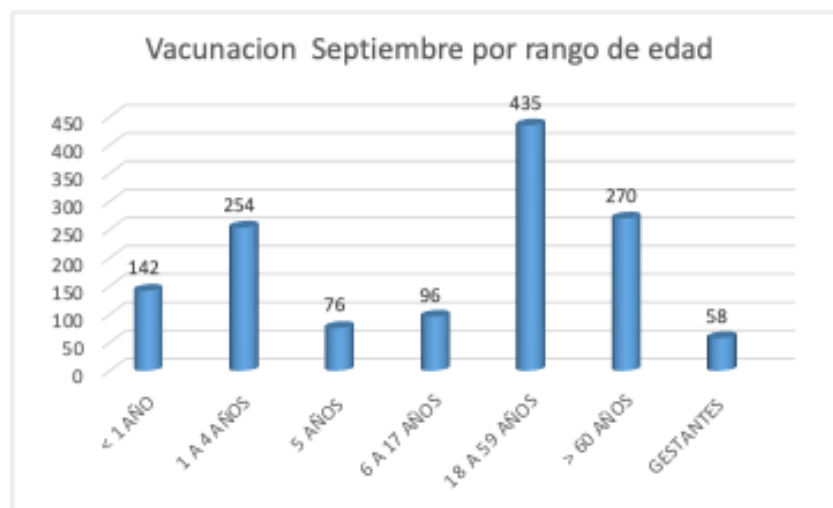


Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Esperanza jornada nacional el 20 de septiembre se abrieron 5 puntos fijos de vacunación para minimizar las barreras del servicio de vacunación, los cuales fueron:

- Hospital
- Parque Belalcázar
- Plaza de mercado
- Parque Lineal
- IPS Ser salud

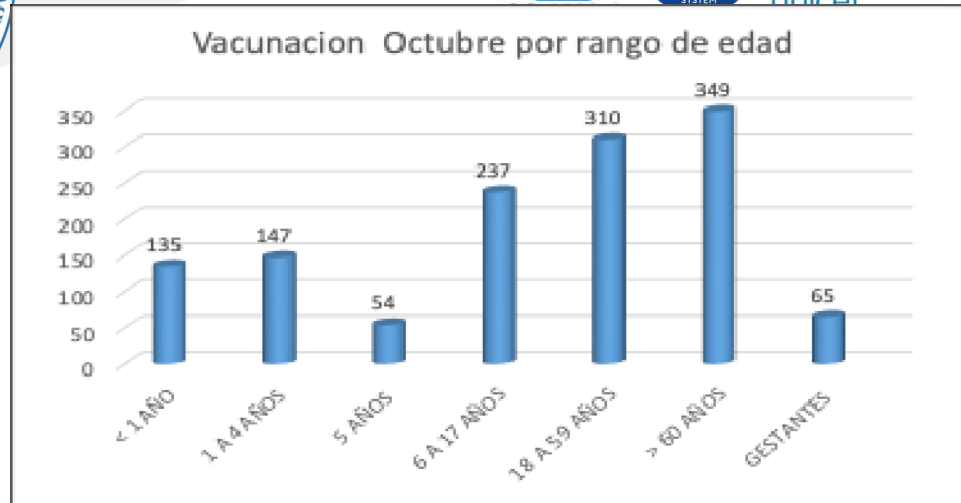
Total, población vacunada **1736**



Para el mes de octubre se jornada de vacunación nocturna (1) el día 24 de septiembre se apertura (1) punto fijo el Hospital La Buena Esperanza, jornada nacional el 25 de octubre se abrieron 5 puntos fijos de vacunación para minimizar las barreras del servicio de vacunación, lo cual se implementa una nueva modalidad de vacunación sin dolor por protocolo de la secretaria de salud departamental, los puntos fijos fueron:

- Hospital
- Parque Belalcázar
- Plaza de mercado
- Parque Lineal
- IPS Ser salud

Total, población vacunada: **1297**



Para este mes se visitó los hogares de adulto mayor, por eso el número elevado de vacunación para este rango de edad con el biológico de influenza.

En este mes también se realizó articulación con la secretaria de salud municipal para realizar visita y actualización de esquemas de vacunación en los siguientes colegios arrojando los siguientes resultados.

TOTAL VACUNADOS EN I.E ALBERTO MENDOZA MAYOR 17 OCTUBRE 2025	TOTAL VACUNADOS COLEGIO PARROQUIAL SAN FRANCISCO JAVIER 23	TOTAL VACUNADOS EN I.E JUAN XXIII 27 OCTUBRE 2025	TOTAL VACUNADOS EN I.E JUAN XXIII 28 OCTUBRE 2025
10	4	16	19

Para el mes de noviembre se realizaron 2 jornadas de vacunación los días (23) y (30) de noviembre donde se realizó casa a casa en la ceiba y Pizarro respectivamente, se realizó visitas a los Hogares infantiles para fortalecer acciones de cobertura y cohorte del hospital, para este mes la vacunación total fue de **1254**

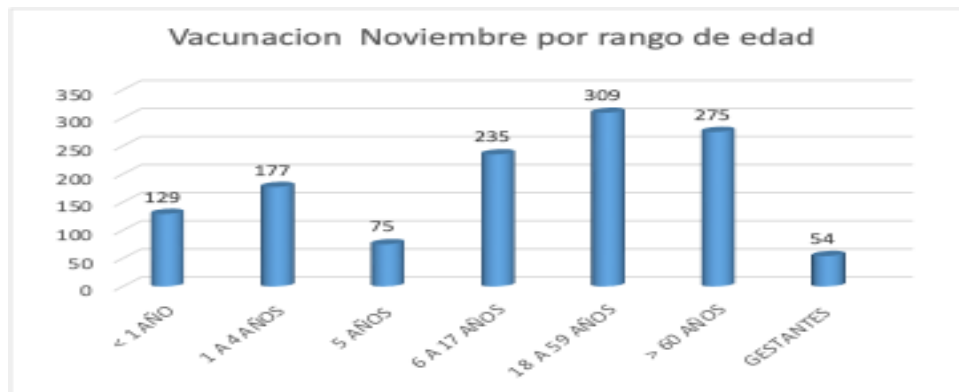
También se sigue con la implementación a las instituciones educativas según con el cronograma establecido por el área de vacunación.

FECHA	INS. EDUCATIVA
06/11/2025	Colegio Sigmund Freud
06/11/2025	Colegio GAIA
07/11/2025	Colegio Comfandi
07/11/2025	Poli carpa Salavarieta
07/11/2025	Colegio Mixto Fray Peña

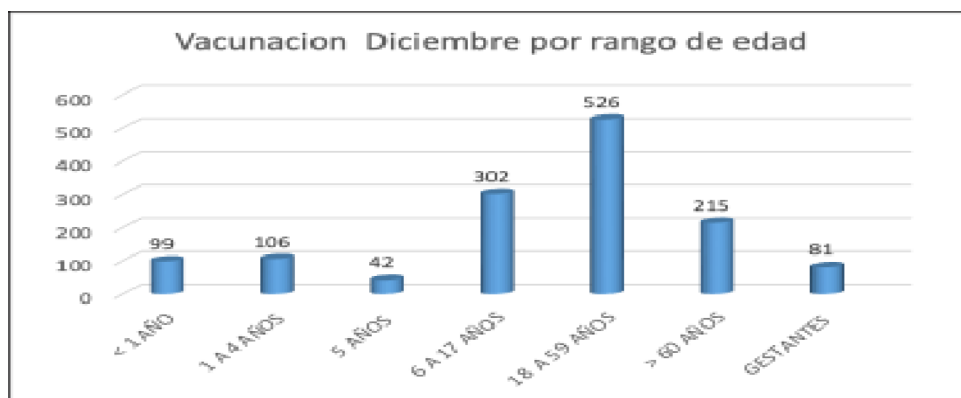


Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

10/11/2025	Liceo Campesstre La Misión
10/11/2025	Colegio Rosa Zarate de peña
10/11/2025	Colegio Bautista Sede Primaria
10/11/2025	Colegio Bautista Sede Bachillerato
11/11/2025	Colegio Parroquial San Francisco Javier
11/11/2025	Institución Educativa Manuela Beltrán
12/11/2025	Colegio CES
12/11/2025	Colegio Titán Layner Enríquez Arroyo
18/11/2025	Colegio La Gran Colombia
24/11/2025	Liceo San Miguel
26/11/2025	Colegio Juan XXIII
01/12/2025	Colegio Nuestra Señora High School



Para el mes de diciembre se terminó el contrato del personal asistencial, y a esto sumamos los días festivos y etapa vacacional de niños y adultos del municipio, sin embarco siguió la moda estadística de vacunación, se terminó con 1 jornada de vacunación nacional y una población total vacunada para el mes de diciembre de **1371**



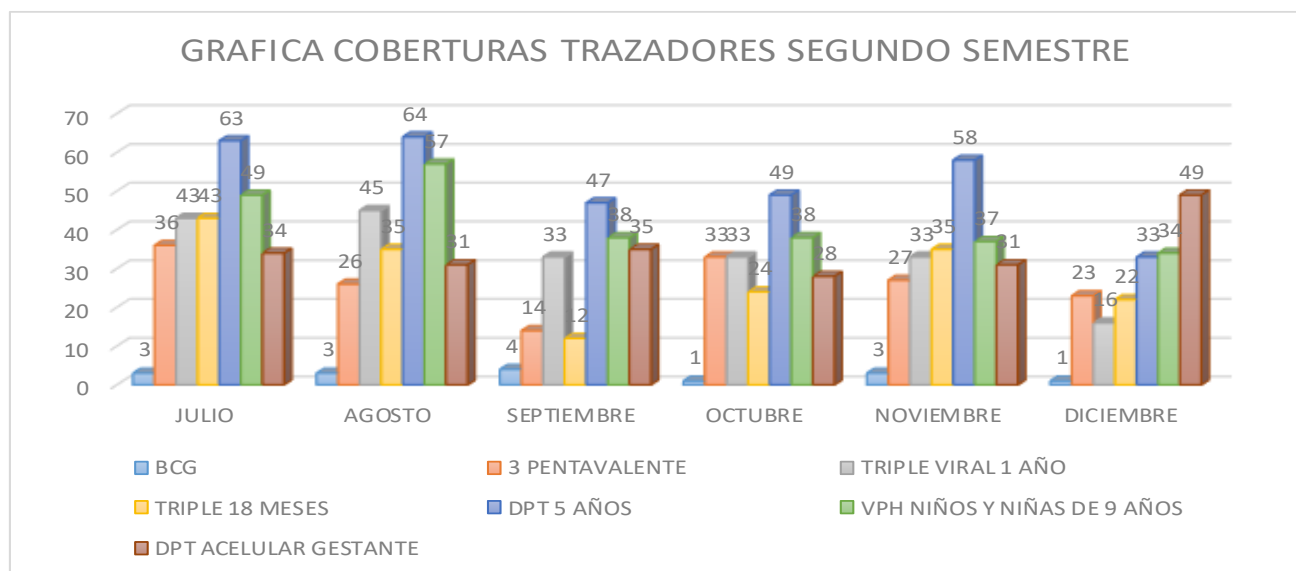


SEGUNDO SEMESTRE EN COBERTURAS VACUNACION 2025

En diciembre, para el segundo semestre del 2025 en coberturas trazadoras tenemos una constante para BCG, disminución en trazadores de 1 año, 18 meses ya que en el segundo semestre tiende a descender esta población ya sea por actividades vacacionales o eventos no inmersos a el programa, pero se nota que el plan de acción tuvo frutos al subir el 5% en la población de 9 años, cabe resaltar que las coberturas son con las EAPB contratante con la entidad. Pero en general se tuvo optimas coberturas en el programa Pai.

PORCENTAJE SEGUNDO SEMESTRE	BCG	3 PENTAVALENTE	TRIPLE VIRAL 1 AÑO	TRIPLE VIRAL 18 MESES	DPT 5 AÑOS	VPH NIÑOS Y NIÑAS 9 AÑOS	DPT ACELULAR GESTANTE
	11%	81%	47%	44%	50%	18%	33%

COBERTURAS GENERALES ENERO A DICIEMBRE 2025							
COBERTURAS 2025	BCG	3 PENTAVALENTE	TRIPLE VIRAL 1 AÑO	TRIPLE VIRAL 18 MESES	DPT 5 AÑOS	VPH NIÑOS Y NIÑAS 9 AÑOS	DPT ACELULAR GESTANTE
	22%	187%	94%	106%	93%	31%	63%





URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, PARTOS Y CIRUGIA

URGENCIAS

Este informe consolida los resultados de la gestión correspondiente al año 2025, producto del análisis interno realizado en el hospital para evaluar el cumplimiento de las metas institucionales y fortalecer la optimización de los recursos disponibles.

La información contenida integra de manera detallada todas las actividades, procedimientos e intervenciones en salud desarrolladas en el ámbito intrahospitalario, correspondientes a los servicios de Urgencias, Hospitalización, Partos, Cirugía, así como al Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

Esta información permite una visión integral del desempeño operativo y facilita la toma de decisiones orientadas a la mejora continua y al fortalecimiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud.





URGENCIAS



CAPACIDAD INSTALADA		
Sala de Espera		
AREA	CONCEPTO	NUMERO
INGRESO TODOS LOS USUARIOS	Sillas Tándem	32
	Sillas de Ruedas	4

TRIAGE		
AREA	CONCEPTO	NUMERO
INGRESO TODOS LOS USUARIOS	Se encuentra conformado por dos auxiliares de enfermería responsables del llamado de Triage, quienes cuentan con los recursos y suministros necesarios para el adecuado desarrollo de la actividad, entre ellos: sillas para pacientes, sillas para el personal de enfermería, monitores de signos vitales, camilla, pesa para bebé, pesa para adulto y tallimetro.	1

URGENCIAS		
AREA	CONCEPTO	NUMERO
Observación urgencias adulto	Camillas	10
Observación urgencias pediátrica	Cunas	4
	Cama	1
Urgencias	Consultorios	4
	Consultorio Rosa	1
	Facturación	1
	Estación de enfermería	1
	Sala de Procedimiento	1
	Sala de Reanimación	1
	Central de Referencia	1
Sala ERA Adulto	Sillas adultos	3
Sala ERA Pediátrica	Sillas	2



SALA DE INYECTOLOGIA



CONSULTORIOS



REANIMACIÓN



SALA ERA



TALENTO HUMANO	
PERSONAL	NUMERO
Medico nombrados	1
Medico rurales	2
Médicos contratistas	19
Coordinador médico Contratista	1
Auxiliares de enfermería Nombrados	8
Auxiliares de enfermería Contratistas	21
Enfermeros Profesionales Contratistas	4
Líder de Enfermería Contratista	1

TALENTO HUMANO TRIAGE		
Perfil	Cantidad	Observación
Auxiliar de Enfermería	6	2 Auxiliares de enfermería para turno Día, 1 Auxiliar de enfermería para turno Noche.

TALENTO HUMANO CONSULTORIO MEDICO		
Perfil	Cantidad	Observación
Consultorio 1 Día	1	Médico de atención de urgencias 12 horas en la asignación como médico líder.
Consultorio 1 Noche	1	Médico de atención de urgencias 12 horas en la asignación como médico líder.
Consultorio 2 Día	1	Medico atención urgencias 12 horas en la asignación de encargado de vía área.
Consultorio 2 Noche	1	Medico atención urgencias 12 horas en la asignación de encargado de vía área.
Consultorio 3 Día	1	Medico atención urgencias 12 horas.
Consultorio 3 Noches	1	Medico atención urgencias 12 horas.



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Consultorio 4 Día	1	Medico de atención en trauma, SOAT, ARL, Póliza estudiantil
Consultorio 4 Noche - Refuerzo	1	Medico atención urgencias 5 horas, de 7pm a 12pm
Consultorio 5 Día	1	Consultorio rosa, atención de paciente códigos blancos

TALENTO HUMANO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Perfil	Cantidad	Observación
Auxiliar de Enfermería	5	1 auxiliar por turnos rotativos 12 horas

TALENTO HUMANO CENTRAL DE ESTERILIZACION

Perfil	Cantidad	Observación
Central de materiales	Auxiliar de enfermería	2 auxiliares por turnos de 9 horas (Lunes a Jueves) y 8 horas (Viernes)

TALENTO HUMANO CURACIONES

Perfil	Cantidad	Observación
Curaciones Consulta Externa	Auxiliar de enfermería	Por turnos de 9 horas (Lunes a Jueves) y 8 horas (Viernes)

TALENTO HUMANO ÁREA OBSERVACION URGENCIAS

Perfil	Cantidad	Observación
Observación	Auxiliar de enfermería	21 Auxiliares por turnos rotativos 12 horas
Procedimientos y reanimación	Auxiliar de enfermería	1 auxiliares por turnos rotativos 12 horas
Hospitalización y Partos	Auxiliar de enfermería	1 auxiliar por turnos rotativos 12 horas

En el servicio de Urgencias se dispone de talento humano debidamente capacitado para la atención integral de los pacientes, conformado por médicos, enfermeros profesionales, auxiliares de enfermería y técnico en Atención Pre hospitalaria. Este equipo opera bajo un esquema de turnos rotatorios de 12 horas, en jornadas diurnas y nocturnas, garantizando la continuidad del servicio.



Adicionalmente, se cuenta con personal asignado al proceso de Referencia y Contrarreferencia. En el área de Triage se dispone de dos auxiliares de enfermería durante el turno diurno y un auxiliar en el turno nocturno. En cuanto al personal de enfermería asistencial, el servicio cuenta con nueve auxiliares de enfermería en el turno diurno y ocho en el turno nocturno, distribuidos estratégicamente en sala de observación, área de procedimientos y sala de reanimación.

La atención médica está cubierta por cinco médicos en el turno diurno y tres médicos en el turno nocturno, con el apoyo adicional de un médico en refuerzo, lo cual permite una adecuada capacidad de respuesta y una gestión eficiente de la demanda asistencial.

CÓDIGO AZUL



El Código Azul corresponde a un sistema de alarma institucional orientado a la atención inmediata de pacientes en paro cardiorrespiratorio, el cual es activado y gestionado por un equipo multidisciplinario debidamente entrenado, con funciones previamente definidas y asignadas.

Este modelo de respuesta permite ejecutar el procedimiento en el menor tiempo posible, bajo un esquema de coordinación y trabajo articulado entre los integrantes del equipo, optimizando los tiempos de intervención, fortaleciendo la eficiencia operativa y contribuyendo de manera significativa a la reducción de la morbilidad y mortalidad de los pacientes que cursan con paro cardiorrespiratorio.



El equipo de reacción de código azul

Médico líder:

- Dirige la Reanimación Cardiopulmonar.
- Ordena administrar medicamentos
- Interpreta los ritmos del monitor.
- Toma decisiones fundamentales.
- Habla con los familiares
- Controla el personal de la sala
- Ayuda a asegurar la vía aérea en caso que el médico 2 no pueda
- Se ubica a los pies del paciente para visualizar todo el escenario

Medico 2

- Dispositivo Bolsa-Máscara
- Succión
- Intubación
- Fuente de oxígeno
- Fijación del tubo
- Asistencia ventilatoria
- Apoya al médico líder

Enfermera profesional: Apoyar y asistir al médico líder

- Preparar el Desfibrilador y desfibrilar
- Preparar los medicamentos y entregárselos a auxiliar 1
- Valorar cada 2 minutos el ritmo de paro y el pulso, tener siempre presente que puede haber actividad eléctrica sin pulso.

AUXILIAR NO. 1

- Ubicar los electrodos para monitorizar al paciente vías, en enfermedad Común. 1 vía.
- Usa solución salina 0.9% o Hartman de acuerdo con las instrucciones del líder.
- Está pendiente del tiempo entre administración de medicamentos, rotulación de medicamentos.
- Intercambiar función con auxiliar 2 para garantizar masaje cardiaco efectivo



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org



AUXILIAR NO. 2



- Dar masaje cardíaco durante la RCP básico con la relación 30:2 y de manera asincrónica una vez asegurada la vía aérea con dispositivos avanzados.
- Debe ser relevado una vez este cansado por parte de enfermería.
- Expone (desviste) al paciente

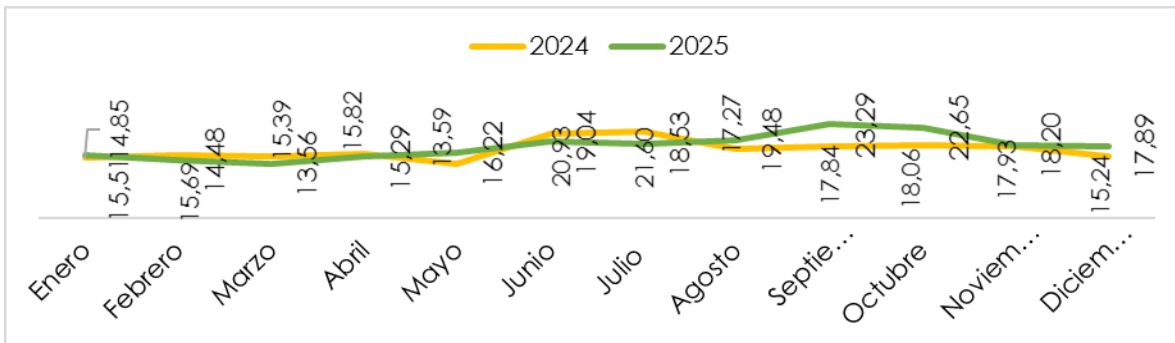
AUXILIAR DE REFERENCIA:

- Encargada de llamar la ambulancia.
- Comentar en centro de referencia de EAPB del paciente
- Comentar en centro regulador

INDICADORES DE URGENCIAS

1. Oportunidad en la atención en clasificación de Triage II en el servicio de urgencias

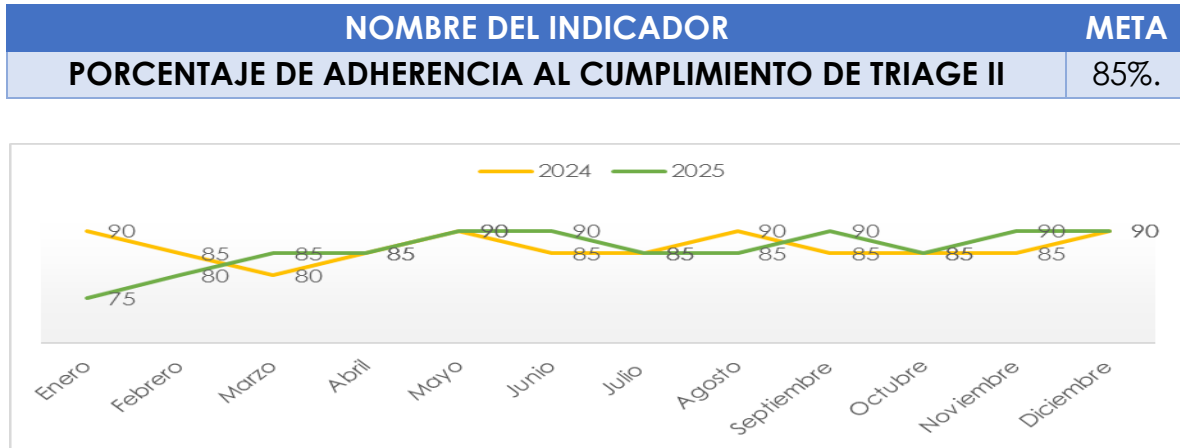
NOMBRE DEL INDICADOR	META
OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN CLASIFICACION DE TRIAGE II EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	30 Min.



Durante el año 2025, el indicador de oportunidad en la atención de la clasificación de Triage II evidencia un comportamiento variable a lo largo de los meses, con una tendencia general al incremento en los tiempos de espera en comparación con el año 2024, especialmente a partir del segundo semestre. No obstante, es importante resaltar que, en todos los periodos evaluados, el tiempo promedio de atención se mantuvo dentro del estándar institucional establecido, siendo inferior a los 30 minutos.



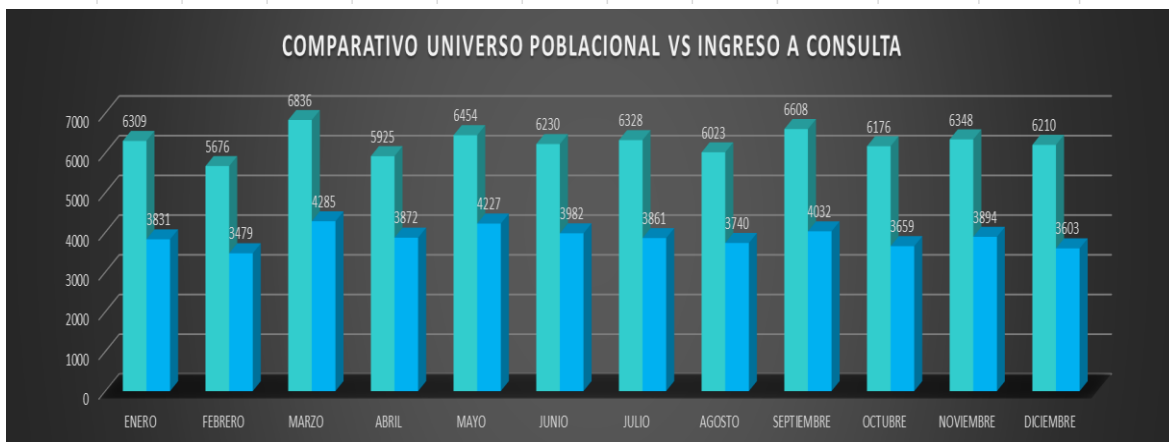
2. Porcentaje de adherencia al cumplimiento de Triage II.



Durante el año 2025 se evidencia una mejor adherencia al cumplimiento del protocolo de Triage II en comparación con el año 2024, reflejada en una mayor estabilidad del indicador y en el sostenimiento de porcentajes iguales o superiores al 85 % durante la mayoría de los meses evaluados, alcanzando valores del 90 % en varios periodos del año.

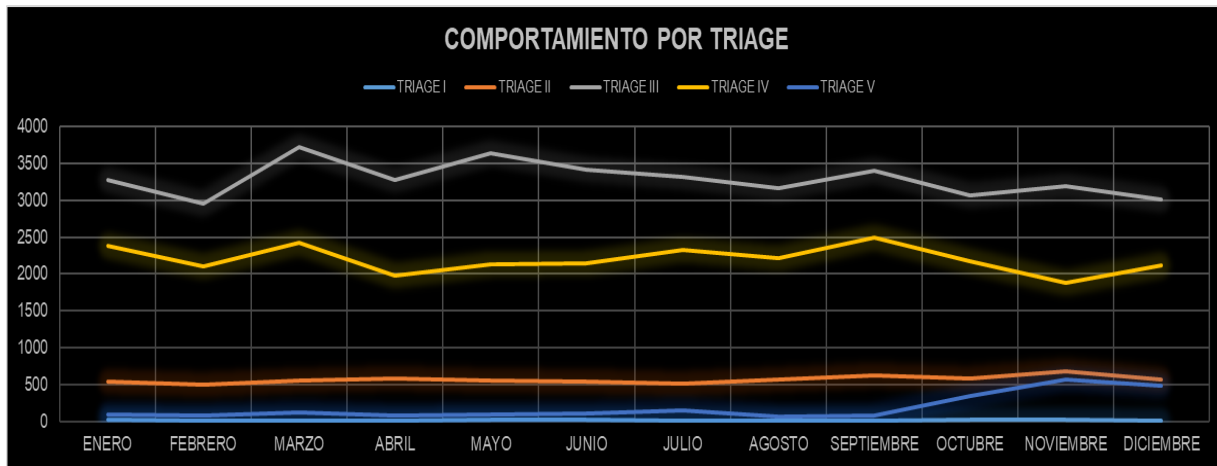
3. Producción de urgencias

MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
UNIVERSO POBLACIONAL	6309	5676	6836	5925	6454	6230	6328	6023	6608	6176	6348	6210
INGRESAN A CONSULTA	3831	3479	4285	3872	4227	3982	3861	3740	4032	3659	3894	3603





MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
TRIAGE I	19	17	11	16	19	20	17	13	9	18	27	16
TRIAGE II	542	501	550	583	562	543	520	565	623	579	676	573
TRIAGE III	3270	2961	3724	3273	3646	3419	3324	3162	3400	3062	3191	3014
TRIAGE IV	2388	2110	2432	1978	2134	2144	2323	2220	2489	2169	1885	2116
TRIAGE V	90	87	119	75	93	104	144	63	87	348	569	491



Para los doce meses del año 2025, se evidencia un volumen promedio de pacientes que solicitan atención en el Hospital la Buena Esperanza de Yumbo de 6260 usuarios, de los cuales según su clasificación del Triage pasan a consulta un volumen promedio de 3872 usuarios que representan un 62% del total de usuarios que solicitan el servicio.

La distribución promedio para los doce meses de acuerdo con la clasificación de Triage es:

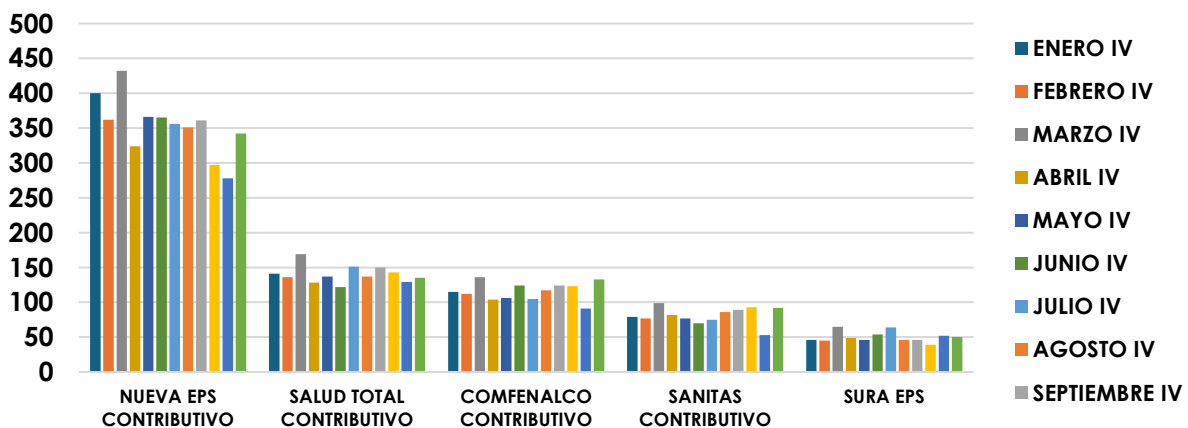
- Triage I: 17 pacientes
- Triage II: 568 pacientes
- Triage III: 3287 pacientes
- Triage IV: 2199 pacientes
- Triage V: 189 pacientes

El 38% de los usuarios que no pasan a consulta por tener clasificación Triage IV y V en su seguimiento la vigencia 2025, se concentra en 5 EPS, y su comportamiento fue muy irregular con tendencia al aumento de acuerdo con el informe estadístico, a saber:



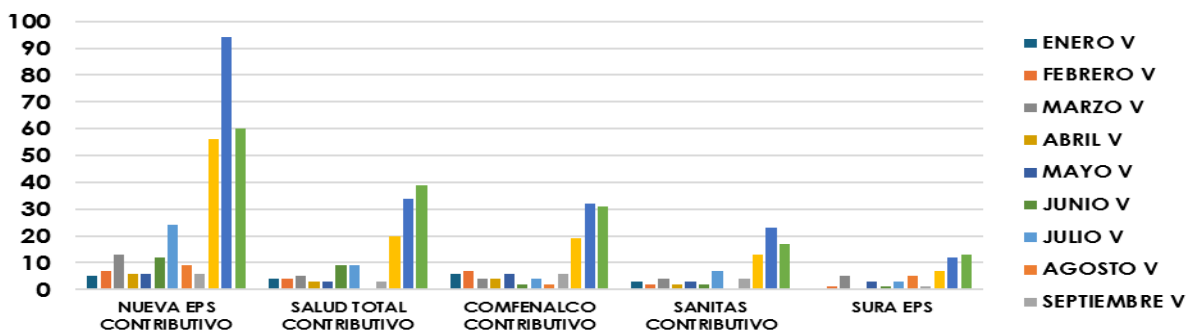
EPS CRITICAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE
	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV
NUEVA EPS CONTRIBUTIVO	400	362	432	324	366	365	356	351	361	297	278	342
SALUD TOTAL CONTRIBUTIVO	141	136	169	128	137	122	151	137	150	143	129	135
COMFENALCO CONTRIBUTIVO	115	112	136	104	106	124	105	117	124	123	91	133
SANITAS CONTRIBUTIVO	79	77	99	82	77	70	75	86	89	93	53	92
SURA EPS	46	45	65	49	46	54	64	46	46	39	52	50

COMPARATIVO TRIAGE IV



EPS CRITICAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE
	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
NUEVA EPS CONTRIBUTIVO	5	7	13	6	6	12	24	9	6	56	94	60
SALUD TOTAL CONTRIBUTIVO	4	4	5	3	3	9	9	0	3	20	34	39
COMFENALCO CONTRIBUTIVO	6	7	4	4	6	2	4	2	6	19	32	31
SANITAS CONTRIBUTIVO	3	2	4	2	3	2	7	0	4	13	23	17
SURA EPS	0	1	5	0	3	1	3	5	1	7	12	13

COMPARATIVO TRIAGE V





De igual forma, en el seguimiento de la oportunidad en la prestación del servicio para el 2025 en el área de urgencia, evidenciamos que el único indicador con desviación es el llamado a consulta, que muestra un comportamiento directamente proporcional con los picos de mayor afluencia de pacientes para atención, a saber:

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
UNIVERSO POBLACIONAL	6309	5676	6836	5925	6454	6230	6328	6023	6608	6176	6348	6210
INGRESO A CONSULTA	3831	3479	4285	3872	4227	3982	3861	3740	4032	3659	3894	3603
TRIAGE I	19	17	11	16	19	20	17	13	9	18	27	16
TRIAGE II	542	501	550	583	562	543	520	565	623	579	676	573
TRIAGE III	3270	2961	3724	3273	3646	3419	3324	3162	3400	3062	3191	3014
TRIAGE IV	2388	2110	2432	1978	2134	2144	2323	2220	2489	2169	1885	2116
TRIAGE V	90	87	119	75	93	104	144	63	87	348	569	491
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
OPORTUNIDAD DE INGRESO A TRIAGE	7 min	11 min	10 min	12 min	12 min	11min	11min	13min	14min	12min	17min	15min
OPORTUNIDAD DE TRIAGE	3 min	3 min	3 min	3 min	3 min	4min	3min	4 min	4 min	4 min	4 min	4 min
OPORTUNIDAD LLAMADO A CONSULTA	27 min	23 min	28 min	27 min	31 min	29min	31min	27min	33min	29min	30min	24min
OPORTUNIDAD TOTAL	43 min	38 min	45 min	43 min	47 min	48min	51min	46min	52min	45min	51 min	41min

Donde podemos observar que los tiempos de oportunidad promedio para la vigencia 2025 son:

- **OPORTUNIDAD DE INGRESO A TRIAGE: 12 minutos**
meta para cumplir de 20 minutos
- **OPORTUNIDAD DE TRIAGE: 3,5 minutos**
meta para cumplir de 5 minutos
- **OPORTUNIDAD DE LLAMADO A CONSULTA: 28 minutos**
meta para cumplir de 20 minutos, este indicador muestra desviación dado el volumen de pacientes y la complejidad de los casos que se presentaron durante el año.
- **OPORTUNIDAD TOTAL DE LA ATENCION: 46 minutos**
meta para cumplir de 60 minutos, este indicador viene presentando una mejoría progresiva gracias a la intervención realizada con el grupo médico de la institución.

De igual forma, se muestra el comportamiento de horas de mayor afluencia y horas pico de atención, a saber:



JUNIO			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
HORA	TOTAL	PROM. PTE/DIA	HORA	TOTAL	PROM. PTE/DIA	HORA	TOTAL	PROM. PTE/DIA	HORA	TOTAL	PROM. PTE/DIA	HORA	TOTAL	PROM. PTE/DIA	HORA	TOTAL	PROM. PTE/DIA	HORA	TOTAL	PROM. PTE/DIA
12 a.m.	120	4	12 a.m.	96	3	12 a.m.	102	3	12 a.m.	95	3	12 a.m.	85	3	12 a.m.	85	3	12 a.m.	113	4
1 a.m.	64	2	1 a.m.	77	2	1 a.m.	70	2	1 a.m.	65	2	1 a.m.	60	2	1 a.m.	56	2	1 a.m.	80	3
2 a.m.	68	2	2 a.m.	59	2	2 a.m.	58	2	2 a.m.	54	2	2 a.m.	51	2	2 a.m.	76	3	2 a.m.	61	2
3 a.m.	59	2	3 a.m.	45	1	3 a.m.	47	2	3 a.m.	41	1	3 a.m.	34	1	3 a.m.	50	2	3 a.m.	45	1
4 a.m.	55	2	4 a.m.	39	1	4 a.m.	41	1	4 a.m.	49	2	4 a.m.	39	1	4 a.m.	43	1	4 a.m.	54	2
5 a.m.	44	1	5 a.m.	42	1	5 a.m.	49	2	5 a.m.	41	1	5 a.m.	44	1	5 a.m.	51	2	5 a.m.	60	2
6 a.m.	34	1	6 a.m.	25	1	6 a.m.	25	1	6 a.m.	26	1	6 a.m.	20	1	6 a.m.	26	1	6 a.m.	34	1
7 a.m.	183	6	7 a.m.	216	7	7 a.m.	209	7	7 a.m.	193	6	7 a.m.	198	6	7 a.m.	189	6	7 a.m.	145	5
8 a.m.	202	7	8 a.m.	160	5	8 a.m.	162	5	8 a.m.	199	7	8 a.m.	183	6	8 a.m.	188	6	8 a.m.	188	6
9 a.m.	196	7	9 a.m.	194	6	9 a.m.	195	6	9 a.m.	218	7	9 a.m.	202	7	9 a.m.	188	6	9 a.m.	195	6
10 a.m.	237	8	10 a.m.	224	7	10 a.m.	261	8	10 a.m.	238	8	10 a.m.	201	6	10 a.m.	210	7	10 a.m.	203	7
11 a.m.	251	8	11 a.m.	241	8	11 a.m.	228	7	11 a.m.	267	9	11 a.m.	232	7	11 a.m.	238	8	11 a.m.	203	7
12 p.m.	224	7	12 p.m.	220	7	12 p.m.	215	7	12 p.m.	233	8	12 p.m.	242	8	12 p.m.	206	7	12 p.m.	185	6
1 p.m.	198	7	1 p.m.	190	6	1 p.m.	183	6	1 p.m.	224	7	1 p.m.	188	6	1 p.m.	214	7	1 p.m.	211	7
2 p.m.	242	8	2 p.m.	212	7	2 p.m.	250	8	2 p.m.	248	8	2 p.m.	248	8	2 p.m.	241	8	2 p.m.	222	7
3 p.m.	251	8	3 p.m.	218	7	3 p.m.	205	7	3 p.m.	248	8	3 p.m.	213	7	3 p.m.	248	8	3 p.m.	204	7
4 p.m.	225	8	4 p.m.	203	7	4 p.m.	201	6	4 p.m.	227	8	4 p.m.	220	7	4 p.m.	219	7	4 p.m.	201	6
5 p.m.	202	7	5 p.m.	226	7	5 p.m.	199	6	5 p.m.	213	7	5 p.m.	178	6	5 p.m.	219	7	5 p.m.	183	6
6 p.m.	121	4	6 p.m.	142	5	6 p.m.	129	4	6 p.m.	120	4	6 p.m.	123	4	6 p.m.	131	4	6 p.m.	88	3
7 p.m.	249	9	7 p.m.	309	10	7 p.m.	293	9	7 p.m.	324	11	7 p.m.	263	8	7 p.m.	289	10	7 p.m.	234	8
8 p.m.	229	8	8 p.m.	227	7	8 p.m.	167	5	8 p.m.	225	8	8 p.m.	163	5	8 p.m.	207	7	8 p.m.	180	6
9 p.m.	144	5	9 p.m.	179	6	9 p.m.	139	4	9 p.m.	168	6	9 p.m.	150	5	9 p.m.	186	6	9 p.m.	148	5
10 p.m.	160	5	10 p.m.	137	4	10 p.m.	144	5	10 p.m.	162	5	10 p.m.	153	5	10 p.m.	157	5	10 p.m.	152	5
11 p.m.	157	5	11 p.m.	139	4	11 p.m.	134	4	11 p.m.	131	4	11 p.m.	136	4	11 p.m.	133	4	11 p.m.	145	5

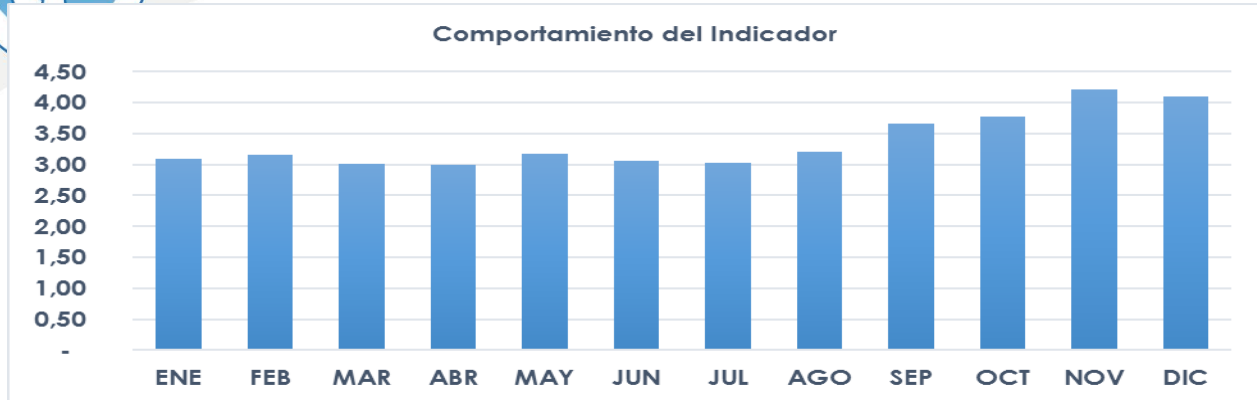
Donde se identifican las horas de mayor afluencia de pacientes en el servicio: desde las 7 am hasta las 11pm.

Con horas pico a las 11am, 2pm, 3 pm y a las 7 pm donde en promedio ingresan 8 pacientes por hora

4. Producción médicos del servicio de urgencias

REGISTRO DE RESULTADOS VIGENCIA: 2025 META 3 ATENCIONES POR HORA

Datos / Periodo	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
RESULTADO	3,10	3,15	3,02	3,00	3,17	3,05	3,02	3,21	3,66	3,77	4,21	4,10
NUMERADOR	11.315	10.399	10.516	10.253	11.487	10.840	10.365	11.257	12.451	13.105	14.125	13.837
DENOMINADOR	3.653	3.299	3.485	3.420	3.620	3.550	3.428	3.503	3.402	3.475	3.353	3.375



Producción médica del servicio de urgencias, donde se lo podemos identificar con el número de consultas al servicio de urgencias, por médico. Sobre sumatoria de horas médico del servicio de urgencias. Para el año 2025 el promedio de pacientes vistos por medico por hora fue de 3,37 pacientes, con pico en el mes de noviembre donde se vio 4,21 pacientes vistos por medico por hora.

Se evidencia que continuamos en meta con respecto al indicador con un promedio de 3 paciente por hora para su atención.

5. Reconsultas en el servicio de urgencias.

Datos / Periodo	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
RESULTADO	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02	0,03	0,00
NUMERADOR	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	0
DENOMINADOR	5.561	4.417	5.222	5.019	5.522	5.255	4.077	4.736	5.914	4.995	5.988	5.494





Las Reconsultas al servicio de urgencias se calculan con: el número de consultas al servicio de urgencias, por el mismo paciente y el mismo diagnóstico, mayor a 24 horas y menor a 72 horas, sobre un total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias.

El promedio de Reconsultas para el año 2025 se encuentra en 0,01, donde se identifica pico en el mes de noviembre con un valor de 0,03%.

Dentro de las causales que generan la desviación se identifican a las gestantes en trabajo de parto en fase latente y pacientes para estudios de control con sospecha de dengue.

HOSPITALIZACIÓN Y PARTOS

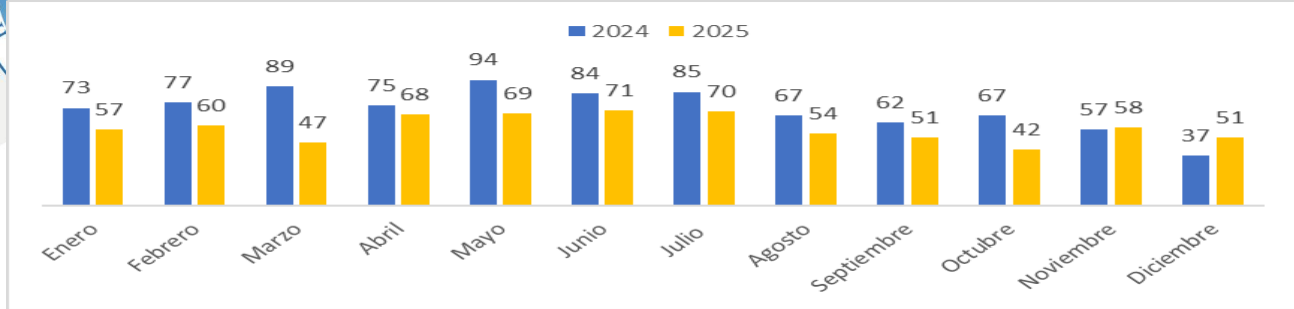
HOSPITALIZACION – PARTOS		
AREA	CONCEPTO	NUMERO
Hospitalización pediátrico	Cunas	4
Hospitalización pediátrico	Cama	1
Hospitalización adulto	Camas mujeres	3
	Camas hombres	3
	Aislamiento	1
Hospitalización Aislamiento Respiratorio	Camas	3
Sala de Partos	Cama Ginecología	1
Hospitalización Puerperio	Camas	1
Hospitalización	Estación de Enfermería	1

El Hospital La Buena Esperanza de Yumbo es una institución prestadora de servicios de salud de bajo nivel de complejidad, orientada a brindar una atención integral, segura y centrada en el usuario y su familia, particularmente en los servicios de Hospitalización y Partos.

La atención se desarrolla bajo principios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, humanización, eficiencia y eficacia, garantizando procesos asistenciales organizados y alineados con los estándares de calidad institucional. Asimismo, la institución enfoca su capacidad resolutoria en el manejo de patologías no complicadas, procurando de manera permanente la satisfacción del paciente y su núcleo familiar, en coherencia con su misión social y su compromiso con la excelencia en la prestación del servicio.

INDICADORES DE HOSPITALIZACION Y PARTOS

1. Producción del área de hospitalización



Durante el año 2024, el área de Hospitalización del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo registró una producción de 867 usuarios que requirieron manejo intrahospitalario. En contraste, para el año 2025 se evidencia una producción de 698 usuarios, lo que representa una disminución en el número de pacientes hospitalizados.

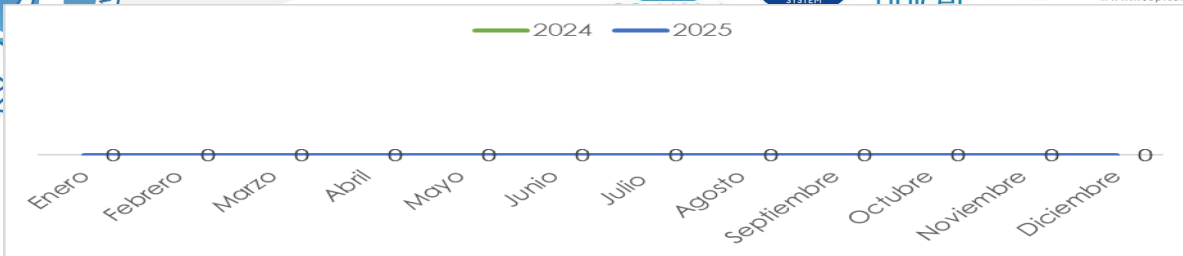
Esta reducción en la demanda de hospitalización puede asociarse a varios factores operativos y asistenciales, entre ellos el fortalecimiento de la atención ambulatoria y resolutive en el servicio de Urgencias, la adecuada aplicación de criterios de hospitalización para patologías no complicadas y el mejor direccionamiento de los pacientes a niveles de mayor complejidad cuando así lo requiere su condición clínica.

Desde una perspectiva estratégica, la disminución de hospitalizaciones no refleja una pérdida de capacidad instalada, sino una mejora en la eficiencia del modelo de atención, orientado a evitar estancias innecesarias, reducir riesgos asociados a la hospitalización y garantizar el uso racional de los recursos institucionales.

En conclusión, se evidencia una gestión clínica y administrativa más eficiente durante el año 2025, alineada con los principios de pertinencia, seguridad y calidad en la atención, lo cual representa una oportunidad para continuar fortaleciendo los modelos de atención integral y la sostenibilidad operativa del servicio de Hospitalización.

2. Porcentaje de reingreso de pacientes antes de los 15 días por la misma causa a hospitalización.

NOMBRE DEL INDICADOR	META
PORCENTAJE DE REINGRESO DE PACIENTES ANTES DE LOS 15 DÍAS POR LA MISMA CAUSA A HOSPITALIZACIÓN	2%

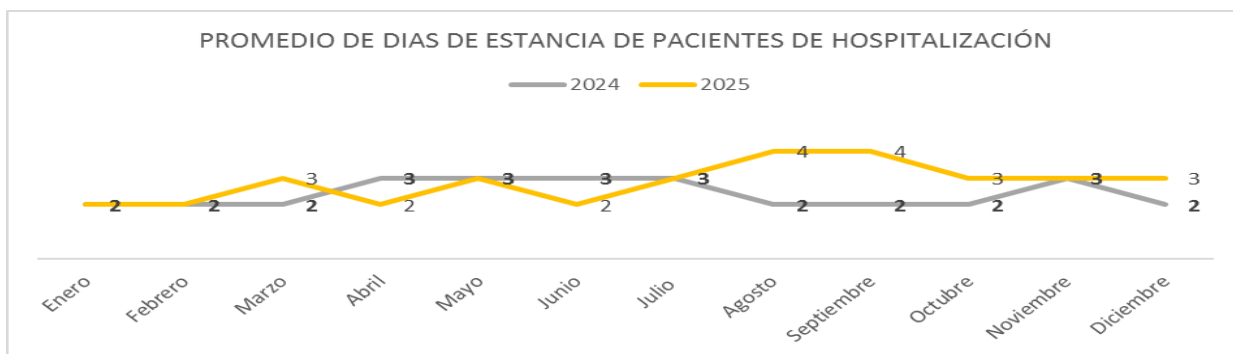


El indicador correspondiente al porcentaje de reingreso de pacientes antes de los 15 días por la misma causa de hospitalización evidencia un desempeño óptimo durante los años 2024 y 2025, dado que no se registraron reingresos hospitalarios en ninguno de los dos periodos evaluados.

Este resultado refleja una adecuada calidad en la atención intrahospitalaria, una correcta toma de decisiones clínicas, así como la pertinencia de los tratamientos instaurados y de los criterios de egreso aplicados. Adicionalmente, evidencia una efectiva articulación del equipo asistencial en los procesos de seguimiento, educación al paciente y continuidad del cuidado posterior al alta.

3. Promedio de días de estancia de pacientes de hospitalización.

NOMBRE DEL INDICADOR	META
PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA DE PACIENTES DE HOSPITALIZACIÓN	3 Días



La gráfica evidencia que, tanto en el año 2024 como en el año 2025, el promedio de días de estancia hospitalaria se mantiene, en términos generales, dentro de la meta institucional establecida de no superar los tres (3) días, lo que refleja un adecuado control del proceso de hospitalización y una gestión clínica eficiente.

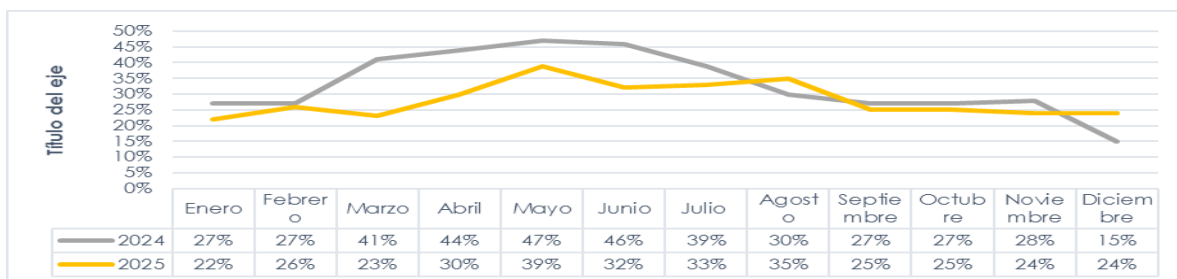


Durante el año 2024, el indicador presenta un comportamiento estable, con promedios entre 2 y 3 días a lo largo de los meses, sin picos significativos que comprometan el cumplimiento de la meta, para el año 2025, si bien se observa un comportamiento similar al del año anterior, se identifican incrementos puntuales en los meses de agosto y septiembre, donde el promedio de estancia alcanza los 4 días, superando de manera transitoria la meta establecida. No obstante, este aumento no se mantiene en el tiempo y el indicador retorna a valores de 3 días en los meses siguientes, evidenciando una capacidad de ajuste y control del proceso asistencial.

Estos incrementos temporales pueden estar asociados a mayor complejidad clínica de algunos casos, necesidad de observación prolongada o ajustes en los esquemas terapéuticos. A pesar de ello, el desempeño global del año 2025 se considera favorable, dado que el promedio anual se mantiene dentro del estándar esperado.

4. Porcentaje de ocupación.

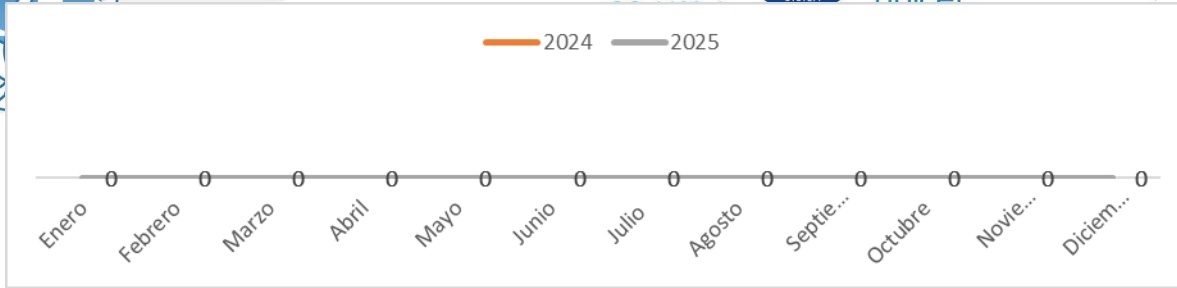
NOMBRE DEL INDICADOR	META
PORCENTAJE DE OCUPACIONAL	25%



La gráfica muestra que, durante los años 2024 y 2025, el porcentaje ocupacional hospitalario se mantiene en términos generales por debajo de la meta del 45 %, lo cual indica que la capacidad instalada del servicio de hospitalización no se encuentra saturada y permite una adecuada disponibilidad de camas para la atención oportuna de los usuarios.

5. Infección Intrahospitalaria

NOMBRE DEL INDICADOR	META
TASA DE INFECCION INTRAHOSPITALARIA	10 POR 100 HABITANTES

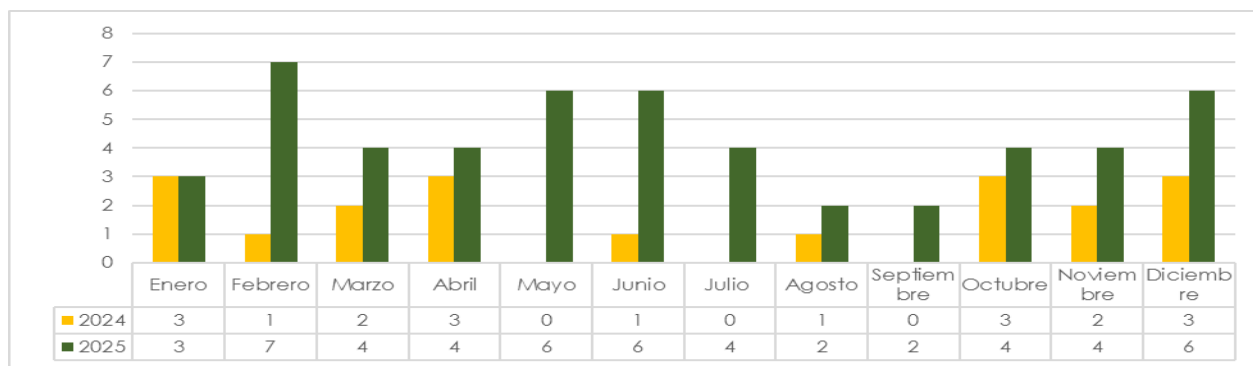


La tasa de infección intrahospitalaria durante los periodos 2024 y 2025 no registró ningún caso, lo que evidencia un desempeño favorable en materia de seguridad del paciente y control del riesgo infeccioso dentro de la institución.

Este resultado se asocia al cumplimiento estricto de los protocolos de bioseguridad, a las buenas prácticas clínicas y a la adecuada adherencia a los lineamientos de prevención y control de infecciones. Asimismo, el bajo número de infecciones intrahospitalarias asociadas a procedimientos realizados en la institución se explica, en gran medida, por el promedio reducido de días de estancia hospitalaria, lo cual disminuye la exposición de los pacientes a factores de riesgo.

6. Mortalidad hospitalaria después de 48 horas de hospitalizado.

NOMBRE DEL INDICADOR	META
MORTALIDAD HOSPITALARIA DESPUÉS DE 48 HORAS DE HOSPITALIZADO	1 por cada 100 Habitantes



La gráfica evidencia que, durante los años 2024 y 2025, se presentan eventos de mortalidad hospitalaria posteriores a las 48 horas de hospitalización, con mayor frecuencia en el año 2025 frente a 2024.



SC 4469-1



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Las principales causas de defunción corresponden a pacientes adultos mayores con múltiples comorbilidades y patologías en fase terminal, quienes ingresan con condiciones clínicas avanzadas y bajo pronóstico. En estos casos, de manera documentada y conforme a la normatividad vigente, los familiares firman el desistimiento de maniobras de reanimación cardiopulmonar o la no aceptación de traslado a instituciones de mayor nivel de complejidad, priorizando el manejo paliativo y el respeto por la dignidad del paciente.

PARTOS



El Hospital La Buena Esperanza de Yumbo promueve la práctica del parto humanizado o parto respetado como una estrategia fundamental para fortalecer la atención integral de la mujer gestante, integrando de manera holística los aspectos físicos, emocionales y sociales durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio.

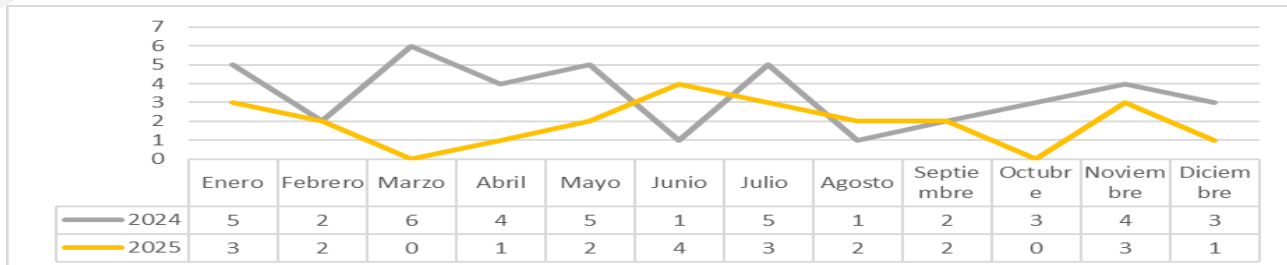
Este enfoque de humanización se articula con diversos componentes orientados a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, fortalecer la relación entre el equipo asistencial y la paciente, y garantizar una experiencia positiva y segura para la madre y su familia. Asimismo, permite afianzar los procesos fisiológicos propios del nacimiento, favoreciendo una vivencia más tranquila y placentera del evento obstétrico, en coherencia con los principios de respeto, dignidad y bienestar materno.

Para la asistencia de acompañante durante la atención del parto, la institución establece criterios claros y responsables, entre los cuales se incluyen el cumplimiento de los controles prenatales, la atención del parto en un nivel de menor complejidad acorde con el perfil institucional, garantizando así condiciones seguras tanto para la gestante como para el recién nacido.

Este modelo de atención reafirma el compromiso institucional con la humanización del cuidado, la seguridad del binomio madre-hijo y la mejora continua de la experiencia de las usuarias en los servicios de salud.



Producción de partos



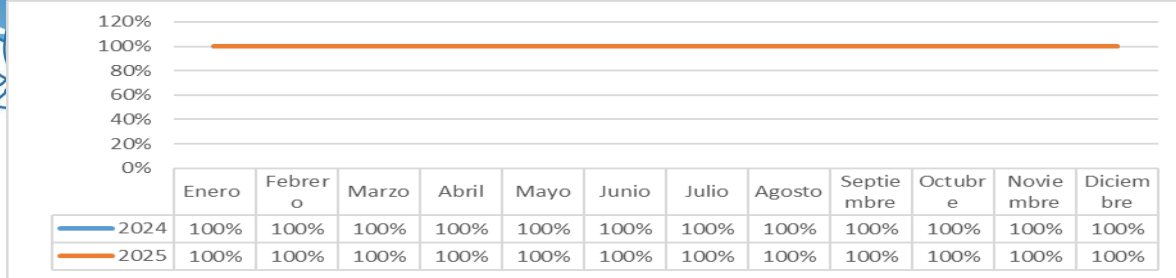
La gráfica evidencia una disminución notoria en el número de partos atendidos durante el año 2025 en comparación con el año 2024, comportamiento que se mantiene de manera consistente a lo largo de la mayoría de los meses analizados. Mientras que en 2024 se registran picos más altos de atención, especialmente en los meses de enero, marzo, mayo y julio, en 2025 los valores son inferiores y con mayor frecuencia se presentan meses con uno o ningún parto atendido.

Esta reducción en la producción obstétrica responde, en primer lugar, a la disminución progresiva de la tasa de natalidad a nivel nacional, que impacta directamente la demanda de servicios de atención del parto, especialmente en instituciones de bajo nivel de complejidad.

Adicionalmente, se identifica como factor relevante el direccionamiento de gestantes hacia instituciones de mayor nivel de complejidad, ya sea por la presencia de factores de riesgo materno o fetal, comorbilidades asociadas o criterios clínicos que requieren una capacidad resolutoria superior. Esta adecuada aplicación de los procesos de referencia contribuye a la seguridad materno-perinatal y a la calidad de la atención, aunque disminuye el volumen de partos atendidos en la institución.

1. Mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto.

NOMBRE DEL INDICADOR	META
MUJERES A LAS QUE SE LES REALIZO TOMA DE SEROLOGIA EN EL MOMENTO DEL PARTO O ABORTO	100%

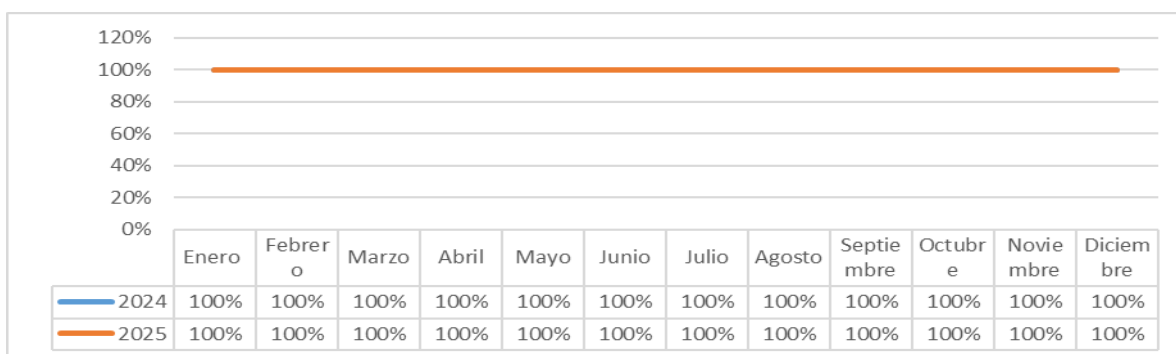


El indicador correspondiente a las mujeres a quienes se les realizó la toma de serología en el momento del parto o aborto evidencia un cumplimiento del 100 % durante los años 2024 y 2025, alcanzando de manera sostenida la meta establecida.

Este resultado demuestra una adecuada adherencia del personal asistencial a la guía de atención del parto y del aborto, garantizando la aplicación oportuna de las ayudas diagnósticas requeridas y fortaleciendo la detección temprana de riesgos maternos y perinatales. Asimismo, refleja la estandarización de los procesos clínicos, el compromiso del talento humano y el control efectivo de los protocolos institucionales.

2. Recién nacido con tamizaje de Hipotiroidismo – TSH

NOMBRE DEL INDICADOR	META
PROPORCIÓN DE RECIÉN NACIDOS CON TAMIZAJE HIPOTIROIDISMO	100%



El indicador correspondiente a la proporción de recién nacidos con tamizaje de hipotiroidismo evidencia un cumplimiento del 100 % durante los años 2024 y 2025, alcanzando de manera integral la meta establecida para este grupo poblacional.

Este resultado refleja una alta adherencia del personal asistencial a la guía de atención del parto y del recién nacido, garantizando la realización oportuna de la ayuda diagnóstica y favoreciendo la detección temprana de alteraciones endocrinas que pueden impactar el



SC 4469-1

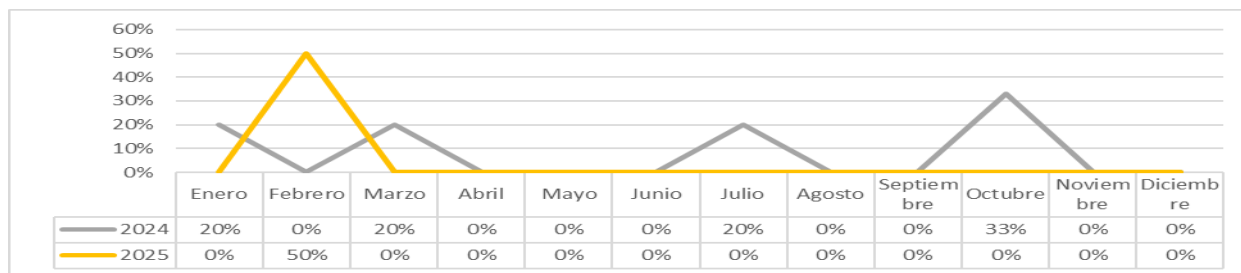


Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

desarrollo infantil. Asimismo, demuestra la estandarización de los procesos clínicos, el compromiso del talento humano y el adecuado seguimiento de los protocolos institucionales.

3. Nacido vivos con bajo peso al nacer

NOMBRE DEL INDICADOR NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER



El indicador de nacidos vivos con bajo peso al nacer durante los años 2024 y 2025 evidencia un comportamiento favorable, un (1) caso registrado en el año 2025, el cual fue debidamente evaluado y analizado por el equipo asistencial.

El caso presentado en 2025 corresponde a una gestante habitante de calle, sin realización de controles prenatales y sin adherencia a la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, condición que constituye un factor de alto riesgo y explica el desenlace observado. Este evento no se relaciona con fallas en la atención interinstitucional, sino con determinantes sociales que impactan de manera directa la salud materna y neonatal.

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

La Central de Referencia brinda atención de manera continua las 24 horas del día, contando con personal debidamente capacitado, responsable de la articulación y comunicación permanente con las diferentes centrales de referencia de las EAPB e IPS.

Este proceso garantiza una gestión oportuna, ordenada y efectiva de las referencias y Contrarreferencia, facilitando la continuidad del cuidado, la optimización de los tiempos de respuesta y la adecuada utilización de la red de servicios de salud, en coherencia con los lineamientos institucionales y las necesidades asistenciales de los usuarios.



1. Paciente en trámite de remisión



	INGRESOS	REMITIDOS	EGRESO MEDICO	ALTA VOLUNTARIA	FUGA	FALLECIDOS	DESESTIMIENTO	HOSPITALIZADO	RETORNO HLBEY
ENERO	332	207	68	54	1	2	0	0	0
FEBRERO	137	104	20	12	0	1	0	0	0
MARZO	294	205	53	28	1	0	7	0	0
ABRIL	322	217	53	40	0	4	8	0	0
MAYO	353	245	71	29	3	3	1	1	0
JUNIO	322	218	61	36	1	1	5	0	0
JULIO	350	230	77	43	0	0	0	0	0
AGOSTO	311	197	76	36	0	2	0	0	0
SEPTIEMBRE	296	206	63	25	1	1	0	0	0
OCTUBRE	292	171	78	37	1	3	0	1	1
NOVIEMBRE	347	216	83	45	0	3	0	0	0
DICIEMBRE	301	202	57	37	2	1	0	0	2
TOTAL	3657	2418	760	424	10	21	21	2	3

En el año 2025, durante el periodo comprendido entre enero y diciembre, se gestionaron un total de 3.657 trámites de remisión. De estos, 2.418 pacientes fueron remitidos de manera exitosa a otros niveles de atención, lo que evidencia una capacidad resolutoria significativa del proceso de referencia.

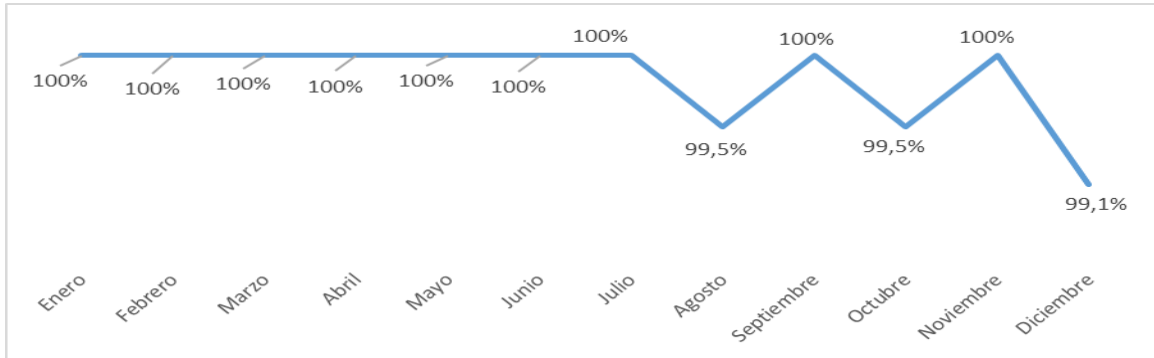
Los 1.239 pacientes restantes no fueron remitidos por diversas causas, las cuales se detallan a continuación:

- 760 pacientes presentaron mejoría clínica, motivo por el cual el médico tratante determinó egreso médico.
- 424 pacientes firmaron alta voluntaria, retirándose de la institución bajo su responsabilidad.
- 10 pacientes se fugaron de la institución.
- 21 pacientes fallecieron durante la espera del trámite de remisión, habiendo firmado previamente desistimiento de maniobras invasivas.
- 21 pacientes firmaron desistimiento del proceso de remisión, a pesar de contar con un sitio de aceptación.
- 2 pacientes requirieron hospitalización para manejo médico en el nivel de atención de la institución.
- 3 pacientes fueron remitidos, pero no fueron aceptados en otros niveles de atención.



- 7 pacientes fueron remitidos y posteriormente retornaron al hospital.

2. Remisiones pertinentes



Se evidencia que durante el año 2025 el proceso de remisiones pertinentes presentó un desempeño altamente favorable, alcanzando un promedio de efectividad cercano al 100 % en los trámites de remisión realizados por la institución.

Este comportamiento evidencia una alta pertinencia clínica en los diagnósticos, una adecuada toma de decisiones médicas y una comunicación efectiva y oportuna de la Central de Referencia con la red de atención, lo cual facilita el acceso de los pacientes al nivel de complejidad requerido, garantizando continuidad y seguridad en la atención.

CIRUGÍA



Recurso Humano:

1. Profesional en instrumentación quirúrgica
2. Cirujano



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

3. Anestesiólogo
4. Circulante – asignación de auxiliar, según cronograma de enfermería
5. Admisiones - asignación de auxiliar, según cronograma de enfermería
6. Recuperador - asignación de auxiliar, según cronograma de enfermería
7. Operaria – según programación
8. Personal administrativo – facturación
9. Central de esterilización

TIPOS DE CIRUGIA

Cirugías Ginecológicas:

1. Pomeroy

Cirugías Generales

1. Colectomía por laparoscopia
2. Eventorrafias
3. Hernia umbilical
4. Hernia inguinal
5. Resección de tumor benigno



Horarios:

El quirófano está disponible de lunes a viernes en el horario de 7 am – 5pm.

La atención al público está disponible de lunes a jueves de 7 am – 5pm el día viernes de 7 am – 4pm.

RUTA DE ATENCIÓN PARA CIRUGIA:

1. Valoración pre quirúrgica con cirujano y anestesiólogo.



SC 4469-1



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

2. Realización de toma de exámenes pre quirúrgicos.
3. Revisión de paraclínicos.
4. Revisión de paquetes quirúrgicos con autorizaciones de EPS.
5. Llamado a usuarias para educación individual sobre el procedimiento de ginecología, cirugía general.
6. Pedido de insumos a farmacia.
7. Programación de cirugía.
8. Realización de procedimiento.
9. Salida de la paciente, facturación de los servicios.

Cantidad de cirugías realizadas:

Entre marzo y noviembre del 2025 se realizaron 97 cirugías en las especialidades de cirugía ginecológica, cirugía general y ortopedia.

- 53 pacientes de ginecología con el Dr. Juan Carlos Montaña
- 41 pacientes de cirugía general con el Dr. Kandlar y el Dr. Guzmán
- 3 pacientes de cirugía ortopédica con el Dr. Chacín

En los meses de enero y febrero no se realizaron cirugías porque aún se estaba gestionando las contrataciones del año; en el mes de Abril el Dr. Kandlar renuncio y no había cirujano general contratado. En el mes de diciembre no se realizaron procedimientos quirúrgicos por falta de presupuesto.

Rango de edad: Pacientes entre 20 a 83 años.

INDICADORES:

1. PROPORCIÓN CANCELACIÓN DE CIRUGIAS

IDENTIFICACION DEL INDICADOR												
Proceso	SERVICIO DE CIRUGIA											
Subproceso	QUIROFANO											
Responsable del Proceso												Meta Propuesta
Nombre del Indicador	PROPORCION DE CANCELACION DE CIRUGIAS											
Formula del Calculo	NÚMERO TOTAL DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS QUE FUERON CANCELADAS POR CAUSAS ATRIBUIBLES A LA INSTITUCIÓN / NÚMERO TOTAL DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS											
Tipo de Indicador:	EFICIENCIA	ERACIA	EFFECTIVIDAD									
Frecuencia Medicion	MENSUAL X	BIMESTRAL	TRIMESTRAL	SEMESTRAL	ANUAL							
INFORMACION OPERACIONAL												
REGISTRO DE RESULTADOS VIGENCIA: _____												
Datos / Período	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
RESULTADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NUMERADOR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DENOMINADOR	-	-	23	11	4	3	17	16	6	4	13	-



En el año 2025 en el hospital la buena esperanza de yumbo no hubo ninguna cancelación de cirugía atribuibles a la institución.

2. PROPORCIÓN INFECCIÓN QUIRÚRGICA

IDENTIFICACION DEL INDICADOR												
Proceso	CIRUGÍA											
Subproceso	SEGURIDAD DEL PACIENTE											
Responsable del Proceso	MELISSA SALCEDO						Meta Propuesta	70				
Nombre del Indicador	PROPORCION DE INFECCIÓN QUIRÚRGICA											
Formula del Calculo	NOMINADOR: NUMERO DE INFECCIONES DE HÉRIDA QUIRÚRGICA/DENOMINADOR: TOTAL DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS											
Tipo de Indicador:	EFICIENCIA	EFICACIA	EFECTIVIDAD									
Frecuencia Medicion	MENSUAL	BIMESTRAL	TRIMESTRAL	SEMESTRAL	ANUAL							
INFORMACION OPERACIONAL												
REGISTRO DE RESULTADOS VIGENCIA: _____												
años / Periodo	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
RESULTADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NUMERADOR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ENOMINADOR	-	-	23	11	4	3	17	16	6	4	13	-

En el año 2025 en el hospital la buena esperanza de yumbo de los pacientes que fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos no hubo pacientes con infecciones en la herida quirúrgica.

3. NIVEL DE CALIDAD

IDENTIFICACION DEL INDICADOR												
Proceso	CIRUGÍA											
Subproceso	SEGURIDAD DEL PACIENTE											
Responsable del Proceso	MELISSA SALCEDO						Meta Propuesta	70				
Nombre del Indicador	NIVEL DE CALIDAD											
Formula del Calculo	NOMINADOR: NUMERO DE PACIENTES QUE FUERON OPERADOS/DENOMINADOR: SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE FUERON OPERADOS											
Tipo de Indicador:	EFICIENCIA	EFICACIA	EFECTIVIDAD									
Frecuencia Medicion	MENSUAL	BIMESTRAL	TRIMESTRAL	SEMESTRAL	ANUAL							
INFORMACION OPERACIONAL												
REGISTRO DE RESULTADOS VIGENCIA: _____												
Datos / Periodo	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
RESULTADO	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-
NUMERADOR	-	-	23	11	4	3	17	16	6	4	13	-
DENOMINADOR	-	-	23	11	4	3	17	16	6	4	13	-

En el año 2025 en el hospital la buena esperanza de yumbo hubo un nivel de calidad alto, esto quiere decir que el nivel de satisfacción se mantuvo entre bueno y excelente en el servicio de cirugía.



4. COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS

IDENTIFICACION DEL INDICADOR												
Proceso	CIRUGÍA											
Subproceso	SEGURIDAD DEL PACIENTE											
Responsable del Proceso	MELISSA SALCEDO						Meta Propuesta	70				
Nombre del Indicador	COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS											
Formula del Calculo	NOMINADOR:PORCENTAJE DE PACIENTES QUE FUERON INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE/PORCENTAJE DE PACIENTE CON COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS											
Tipo de Indicador:	EFICIENCIA	EFICACIA	EFECTIVIDAD									
Frecuencia Medicion	MENSUAL_X	BIMESTRAL	TRIMESTRAL	SEMESTRAL	ANUAL							
INFORMACION OPERACIONAL												
REGISTRO DE RESULTADOS VIGENCIA: _____												
Datos / Período	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
RESULTADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NUMERADOR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DENOMINADOR	-	-	23	11	4	3	17	16	6	4	13	-

En el año 2025 en el hospital la buena esperanza de yumbo de los pacientes que fueron sometidos a algún procedimiento quirúrgico ningún paciente presento complicaciones post quirúrgicas.

ACCIONES DE MEJORA

- Habilitación de más especialidades
- Dotación de uniformes para el personal que ingresa a cirugía (especialistas, biomédico, operarias).
- Modificación de procedimientos y registros del área.
- Mejorar infraestructura por daños.

NECESIDADES EN LA SALA DE CIRUGIA:

- Personal asistencial fija, que el personal que ingresa a cirugía sea exclusivo de este servicio y no en calidad de préstamo por necesidad del servicio.
- Central de esterilización actualmente solo hay una auxiliar a cargo de todo, cuando mínimo son 2 personas.
- Ropa quirúrgica para personal.
- Tablero para el quirófano.

PROYECCIONES

Se proyecta para el 2026 trasladarnos al nuevo Hospital. Una vez instalados en el nuevo Hospital se espera contar con más especialidades y realizar cirugías todos los días, contar con personal fijo y exclusivo para el servicio de cirugía.



RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABOLICO

ANALISIS BASADA EN EL ENFOQUE DE LA ATENCION INTEGRAL DE LOS USUARIOS "MATRIZ DE IMPACTO"

GESTION DE RIESGO CARDIOVASCULAR 2024 VS 2025								
COMPARATIVO	GRCV 2024				GRCV 2025			
TRIMESTRE	TOTAL, POBLACION HTA	TOTAL POBLACION DM	TOTAL, POBLACION HTA Y DM	FALLECIDOS	TOTAL, POBLACION HTA	TOTAL POBLACION DM	TOTAL, POBLACION HTA Y DM	FALLECIDOS
I	247	84	51	2	72	34	21	3
II	273	62	41	0	108	28	17	1
III	242	50	31	2	88	35	23	0
IV	168	76	56	1	60	16	9	0
TOTAL	930	272	179	5	329	113	70	4

Análisis de Perfil y Manejo de Usuarios con Hipertensión y Diabetes Ingresados en 2025, hipertensos 329, diabéticos 113, ambas patologías 70 y fallecidos 4, a comparación del año anterior se refleja un decremento en las dos patologías, esto se refleja una baja captación de hipertensión y diabetes, esto se debe a barreras en el sistema de salud, falta de adopción de guías de manejo de médicos de consulta externa, o la creencia errónea de que la cura es peor que la enfermedad de los usuarios. También influyen factores del paciente como la falta de adherencia a tratamientos, estilo de vida poco saludable (dieta alta en sal, sedentarismo, sobrepeso) y la complejidad de manejar ambas enfermedades simultáneamente, que pueden dañar nervios y vasos sanguíneos, dificultando la detección de síntomas. La otra baja de captación, se debe a la disminución de ingreso de usuarios en este periodo también a consecuencia emigración de usuarios a otros países, otros municipios y afiliaciones a otras eps, la captación realizada por el programa adulto y joven quienes realizan tamizaje "conoce tu riesgo", fue muy efectiva pero a la asignación de cita al programa el usuario incumple la cita, otros presentan abnegación a la enfermedad, una parte de población de asmet salud fue trasladada a IPS SUMEDICA.

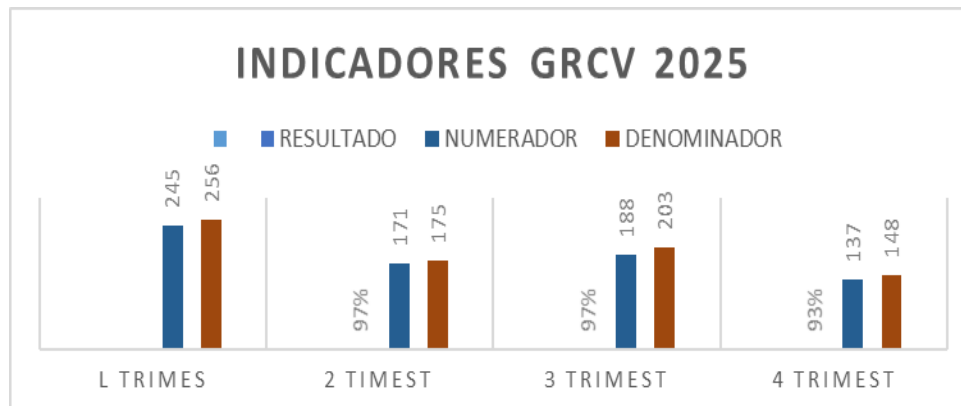
Mantenernos sobre la meta es nuestro objetivo, continuar trabajando en integralidad en equipo con todos los líderes y el grupo que trabaja tamizaje en nuestra prioridad para lograr abarcar la mayor parte de población sana interviniéndolos a temprana edad y evitando que lleguen a daños de órganos y enfermedades renales, con este trabajo más actualización de datos continua se logra que haya un incremento en el próximo año 2026



INDICADORES HLBey DE PROGRAMA DE GRCV 2025

1. INDICADOR # DE PACIENTES NUEVOS DIAGNOSTICADOS HTA /PACIENTES NUEVOS CONTROLADOS A LOS 6 MESES

COMPARATIVO 2024 VS 2025							
#DE PACIENTES NUEVOS DIAGNOSTICADOS HTA /PACIENTES NUEVOS CONTROLADOS A LOS 6 MESES							
PERIODO	INDICADORES GRCV 2024			INDICADORES GRCV 2025			
DATOS/PERIOD	2 TIMEST	3 TRIME	4 TRIME	1 TRIMES	2 TIMEST	3 TRIMEST	4 TRIMEST
RESULTADO	97.35%						
	96.56%	96.38%	95.38%	95.70%	97.71%	92%	93%
NUMERADOR	551	561	533	433	245	171	188
DENOMINADOR	566	581	553	453	256	175	203



ANALISIS

Durante el año 2025 se cumple con la meta esperada del 90% , (en el primer trimestre cumpliendo en un 95%, en el segundo con 97%, tercer trimestre 97%, en el 4 trimestre 93%) se cumple con la meta esperada, a pesar de la crisis que hay en el momento con la salud, no hay que bajar la banguardia debemos continuar la banguardia y seguimiento de nuestros usuarios y no permitir que se destabicen y descontrolen, los que estan descontrolados se encuentra en una bitácora de seguimiento con el fin de y seguir cumpliendo la meta esperada generándole un hábito saludable y una adherencia al tratamiento, brindándole una oportunidad de consulta para sus controles medicos, y realizacion de paraclínicos para poder valorar su estado de salud, esto de la mano con el personal especializado entre ellos MEDICO FAMILIAR, INTERNISTAS, OFTALMOLOGO, TRABAJO SOCIAL, NUTRICIONISTA, PSICOLOGIA.



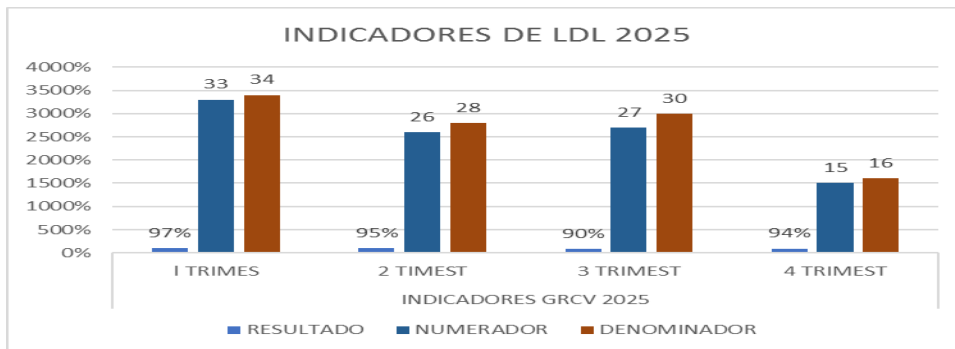
El presente resultado nos refleja una disminución de usuarios de usuarios al programa, como oportunidad de mejora, realizando seguimiento a los usuarios evento probable (son usuarios que son hta y dm pero aun no estan en el programa por desconocimiento de la ruta o por no aceptación de la enfermedad) se continua direccionando a los usuarios de NUEVA EPS a la Secretaria de salud, llevando Historia Clinica, formula actualizada y fotocopia de la cedula, dado que desde el mes de octubre del año 2024 no reciben totalidad de tratamiento, para interponer los derechos de peticion Colectiva y de esta manera la señora: Sandra Martinez, pueda intervenir logrando obtener tratamiento completo.

Esta actividad tuvo una efectividad logrando que la farmacia DISFARMA sede Yumbo prestara servicios a partir del dia 09/04/2025 en la calle 9 # 3-50 barrio belcazar, en espera de que despachen totalidad tratamiento y continuemos sin faltantes y que a demas respeten criterio médico.

Las farmacia de coosalud y asmet salud ya estan entregando tratamiento a los usuarios del programa pues esta era la causa de descontrol y de llegar a crisis hipertensiva al area de urgencias de los usuarios. El objetivo es dar continuidad de seguimiento a los farmacias para la entrega de los medicamentos oportunamente

2. PROPORCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS A QUIENES SE LES REALIZA MEDICION DE LDL EN CADA TRIMESTRE DEL AÑO.

COMPARATIVO PERSONAS CON DIABETES MELLITUS A QUIENES SE LES REALIZA MEDICION DE LDL EN CADA TRIMESTRE DEL AÑO								
PERIODO	INDICADORES GRCV 2024				INDICADORES GRCV 2025			
DATOS/PERIODO	1 TRIMEST	2 TIMEST	3 TRIME	4 TRIME	1 TRIMES	2 TIMEST	3 TRIMEST	4 trimestre 4 TRIMEST
RESULTADO	97.65%	97.33%	91.95%	93%.55	97.06%	94.66%	90%	94%
NUMERADOR	83	73	80	58	33	26	27	15
DENOMINADOR	85	75	87	62	34	28	30	16

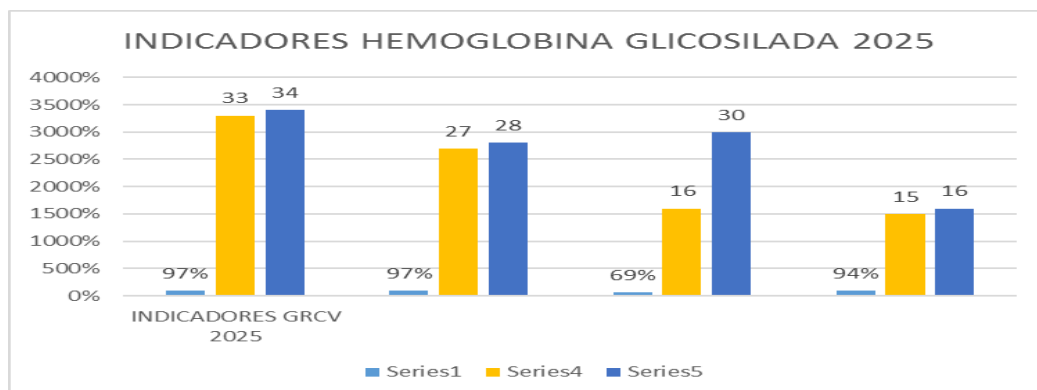




Durante el año 2025 se cumple con la meta esperada en los 4 trimestres, en el primer trimestre en un 97% de cumplimiento, segundo trimestre 94,65, tercer trimestre del año 90%, cuarto trimestre 94%, dando cumplimiento a lo esperado sin bajar la banguardia con los usuarios en este momento que la salud esta pasando por malos momentos, continuar en la banguardia, en el seguimiento oportuno en la vigilancia de entrega de tratamiento por las farmacias contratadas por las IPS, se continua con el seguimiento de inasistentes y praclinicos para lograr alcanzar la meta esperada y articuladamente se continua con la estrategia conoce tu riesgo captando nuevos usuarios diabeticos para el programa.

3.# NUMERO DE PERSONAS CON DM A QUIEN SE LES REALIZA LA TOMA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN EL ULTIMO TRIMERSTRE / # DE PERSONAS CON DM REPORTADAS

# DE PERSONAS CON DM A QUIEN SE LES REALIZA LA TOMA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN EL ULTIMO TRIMERSTRE / # DE PERSONAS CON DM REPORTADAS								
PERIODO	INDICADORES GRCV 2024				INDICADORES GRCV 2025			
DATOS/PERIODO	I TRIMEST	2 TIMEST	3 TRIME	4 TRIME	I TRIMES	2 TIMEST	3 TRIMEST	4 TRIMEST
RESULTADO	96.37%	97.33%	91,95%	90.00%	97.%	97.%	69%	94%
NUMERADOR	82	73	80	45	33	27	16	15
DENOMINADOR	85	75	87	50	34	28	30	16



Durante el año 2025 se cumple con la meta esperada en los 4 trimestres, en el primer trimestre en un 97% de cumplimiento, segundo trimestre 94,65, tercer trimestre del año 69%, no cumple con la meta esperada pues la poblacion que mas tenemos de nueva eps, y en este trimestre empezaron con autorizacion de hemoglobina glicosilada y creatinina, eso



Miembro de la Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

genero que los usuarios no realizaran no realizaran autorizacion y solo se realizaran los paraclínicos no autorizados como pla de mejora de esta situacion se socializo al personal (medico, auxiliar y cajera dar conocimiento de la situacion para ser direccionados al Hospital donde Ingrit quien hace autogestion de autorizacion de hemoglobina y creatinina, durante el cuarto trimestre cumplimos con la meta esperada, continuamos con el seguimiento oportuno sin bajar la guardia, con los usuarios en este momento que la salud esta pasando una crisis, en el seguimiento oportuno en la vigilancia de entrega de tratamiento por las farmacias contratadas por las IPS, se continua con el seguimiento de inasistentes y praclinicos para lograr alcanzar la meta esperada y articuladamente se continua con la estrategia conoce tu riesgo captando nuevos usuarios diabeticos para el programa.

TAMIZAJE "CONOCE TU RIESGO 2025 "

BASE DE DATOS CONOCE TU RIESGO - PESO SALUDABLE - AÑO 2025														
CUANTAS PERSONAS TAMIZARON EN EL AÑO 2025	FEMENINO	MASCUINO	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	CLASIFICACION DEL RIESGO						OBESIDAD	QUE ACCIONES REALIZARON SEGUN EL RIESGO	
						TOTAL BAJO	3553	1091	1044	TOTAL ALTO	16002			1201
5.376	4184	2050	3594	1554	1119	TOTAL BAJO	3553	1091	1044	TOTAL ALTO	16002	1201		
ACCIONES REALIZADAS EN EL RIESGO: Usuarios de la poblacion contratada asmet salud, coosalud, nueva EPS se en rutan al programa de gestion de riesgo cardiovascular unos en control con tratamiento farmacologico y otros tratamiento No farmacologico, EPS contributivas se remiten a su IPS, los nuevos remitidos por programa adulto mayor ingresan al programa se activa la ruta del programa; se brinda educaxsion en cuanto a nutricion, alimentacion, actividad fisica e hidratacion.														
AÑO 2025														
ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOITO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL		
289	317	405	398	465	419	670	561	470	610	350	422	5.376		
INFORME GENERAL X AÑOS														
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
0	0	423	166	2.374	6.163	4189	3.371	5.376						22.062

Dentro la estrategia conoce tu riesgo con corte diciembre dentro del programa del adulto y del joven se logra la captación de **5376** usuarios tamizados y de esta población ingresan al programa **449** usuarios nuevos entre hipertensión y diabetes, los otros se direccionan al programa para continuar con seguimiento y tratamiento no farmacológica (hidratación, dieta balanceada, ejercicios) y controles médicos de acuerdo estado d salud del usuario.

MATRIZ DE IMPACTO GRCV

PACIENTES CAPTADOS HTA y DM 2025									
TOTAL HIPERTENSOS INGRESARON AL PROGRAMA	HTA CONTROLADOS	TOTAL DIABETICOS INGRESARON AL PROGRAMA	DM CONTROLADOS	TOTAL AMBAS PATOLOGIAS	TOTAL FEMENINOS	TOTAL MASCULINOS	TAZA DE MORTALIDAD PREMATURA POR ENF CRONICAS POBLACION ENTRE 30 A 70 AÑOS	CUANTOS FUMAN?	QUE INTERVENCION REALIZAN PARA EL PROGRAMA DE CESACION DE TABACO?
326	308	123	55	76	249	126	6	18	DESDE EL MES DE SEPTIEMBRE EL HOSPITAL TIENE PROGRAMA DE CESACION DE TABACO CON MEDICO CERTIFICADO Y A LA VEZ N MEDICO FAMILIAR, ESTA EN EL TEMAS DE SOCIALIZACION A LA POBLACION QUE CONSUME Y PARA QUE ESTOS SE VUELVAN REPLICADORES Y PODAMOS TENER UNA GRAN POBLACION PARA MEJORAR SU SALUD, EMPEZO CON LOS USUARIOS DEL PROGRAMA RUTA CARDIOMETABOLICA TIENEN COMO DIAGNOSTICO EPIC 07/10/2025



PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES GRCV Y TB 2025

HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO										
										GAGA-027-006
										Versión: 000
PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN AÑO 2025										
PROGRAMA	No	Eje de Desarrollo	Tema de Capacitación / Entrenamiento	Proceso / Subproceso Responsable	Contenido	Fecha de Ejecución	Interno / Externo	Dirigido a	Presupuesto Programado (\$)	Presupuesto Ejecutado
FORMACION Y CAPACITACION	1	RESPONDER A ESPECTATIVAS DEL CLIENTE	CAPACITACION TUBERCULOSIS - LEPRA Y RUTAS	CRISTIAN RODRIGUEZ	TUBERCULOSIS Y LEPRA TODO LO RELACIONADO CON PATOLOGIAS Y RUTAS DE INGRESO URGENCIAS Y AL PROGRAMA Y LAS NUEVAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO QUE EMPESO DESDE DICIEMBRE 2024	ABRIL A MAYO 2025	INTERNO/EXTERNO	MEDICOS, JEFES Y AUXILIARES DE ENFERMERIA DEL HLBEY	realizada el 13 de junio 2025	
	2	RESPONDER A ESPECTATIVAS DEL CLIENTE	CAPACITACION GRCV(HTA - DM- EPOC)	DOCTOR RICAR VILLAMIT	GUIA PRACTICA CLINICA (GESTION DE RIESGO CARDIOVASCULAR) Y RUTAS DESDE EL INICO DEL HASTA CONTINUIDAD EN EL PROGRAMA)	FEBRERO A MARZO 2025	INTERNO/EXTERNO	MEDICOS, JEFES Y AUXILIARES DE ENFERMERIA DEL HLBEY	realizada el 18/03/2025	
	3	RESPONDER A ESPECTATIVAS DEL CLIENTE	CAPACITACION GRCV(HTA - DM)	DOCTORA NATALIA MONTENEGRO MEDICO FAMILIAR	NUTRICION DAS (ENFOQUE DIETETICOS PARA DETENER LA HTA Y DM) ENFOCADO EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE (ACTICIDAD FISICA, ALIMENTACION, HIDRATACION, EVITAR EL CONSUMO DE CIGARRILLO)	JULIO A AGOSTO 2025	INTERNO/EXTERNO	MEDICOS, JEFES Y AUXILIARES DE ENFERMERIA DEL HLBEY	REPROGRAMACION 17 SEPTIEMBRE 2025 MODO VIRTUAL 7PM Y 22 SEPTIEMBRE 2025 PRESENCIAL EQUIPO RUTA CARDIOMETABOL IOCA PUESTO DE SALUD	
	4	RESPONDER A ESPECTATIVAS DEL CLIENTE	CAPACITACION LEPRA	DOCTOR CRISTIAN LEITON Y JEFE ALEYDA	INTRODUCCION TEMA GENERAL DE LA LEPRA, BUSQUEDA ACTIVA DE SINTOMATICOS DE PIEL (TALLER PRUEBA DE SENSIBILIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO), DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD, Y POR ULTIMO PARTE PSICOLOGICA	SEPTIEMBRE A OCTUBRE 2025	INTERNO/EXTERNO	MEDICOS, JEFES Y AUXILIARES DE ENFERMERIA DEL HLBEY	realizada el 30/10/2025 a las 2pm institucional	

Durante el **I y II trimestre** del año en curso se realizó 4 capacitaciones: la primera realizada el 18 de marzo, la segunda 03 de junio, la tercera el 17 de septiembre y la ultima el 30 de octubre 2025. hubo buena asistencia y participación, se entrega asistencia diapositivas y evaluación a recursos humanos. Se continua con educación en sala de espera a los usuarios de los programas gestión de riesgo (hidratación, nutrición, alimentación, actividad física.

Desde el mes junio se empezó con el proyecto de "UNIDOS POR LA SALUD" a realizar diferentes actividades con los usuarios de hipertensión arterial y diabéticos dando cierre en el mes de diciembre del 2025.

TUBERCULOSIS Y HANSEN

BÚSQUEDA ACTIVA EN LA POBLACIÓN YUMBEÑA PARA LA CAPTACIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS A NIVEL INSTITUCIONAL

Población objeto del programa **11.669** sería el porcentaje de la meta 2.5% del total consulta de primera vez en mayores de 15 años, total baciloscopias a realizar en el año **279**, sintomáticos respiratorios a examinar con el cultivo en el año 96% de bacilos copias



ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL PROGRAMA

1. Socialización de la ruta de atención de tuberculosis a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería
2. Rondas institucionales y en puesto de salud guacanda en salas de espera para captación de sintomáticos respiratorios
3. Difusión del tema de tuberculosis y Hansen en emisora comunitaria Yumbo Estéreo
4. Solicitar tratamiento cada mes o cada vez que sea necesario al Ministerio para todas las IPS del municipio de Yumbo
5. Día respiratorio los días miércoles en horas de la mañana donde se brinda educación a todos los usuarios sobre signos y síntomas de tuberculosis.
6. Cronograma de visitas domiciliarias de pacientes enfermos de tuberculosis y Hansen, las visitas de los 8 días a los contactos las debe realizar la Secretaría de Salud Municipal, 6, 12, 18 meses y otros las realiza el hospital, para verificar el estado de salud de los contactos.
7. Asistir a campañas de captación de sintomáticos respiratorios en acompañamiento con la Secretaría de Salud
8. Seguimiento continuo a la plataforma SDIHANTB

ACOMPañAMIENTO DOMICILIARIO A LOS USUARIOS Y LA FAMILIA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Se realiza acompañamiento epidemiológico de campo y seguimiento a casos "8 días, 6 meses y 12 meses" con tratamiento terminado, con morbilidad y/o mortalidad por Tuberculosis y Hansen. De igual forma la respectiva prevención en las familias para evitar posibles contagios o en su defecto identificarlos y reportarlos de manera oportuna.

CAPTACIÓN EFECTIVA, VALORACIÓN CON BACIOSCOPIAS Y CANALIZACIÓN PARA CULTIVOS LÍQUIDO PARA LA DETECCIÓN DE HANSEN Y TUBERCULOSIS.

Para esta actividad se recomienda la toma de cultivos líquidos de segunda muestra en pacientes sintomáticos respiratorios a población vulnerable captados en la búsqueda activa a nivel del Municipio, se realiza seguimiento mes a mes sobre el resultado de cultivos líquidos con el programa "Anaar Diagnóstica" laboratorio Acacias"

Se hace énfasis en la necesidad de continuar con la actividad de cultivar todas las segundas muestras ya que el cultivo aporta mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico oportuno de la Tuberculosis, además de permitir la identificación del agente causal y la realización de las pruebas de sensibilidad a antimicrobianos.

Los pacientes diagnosticados positivamente serán ingresados en el programa de control Municipal, para seguimiento por medicina general, consulta nutricional, psicológico trabajo social conforme a la circular 058 de 2009.




INDICADORES TUBERCULOSIS

TRIMESTRE	AÑO 2024					AÑO 2025				
	INGRESA RON	CURADOS	TRAT TERMINADO	PERDIDA EN EL SEGUIMIENT O	FALLECID OS	INGRESA RON	CURADO S	TRAT TERMINADO	PERDIDA EN EL SEGUIMIENT O	FALLECID OS
1TRIMEST	12	6	1	2	1	7	0	0	1	1
2 trimestre	15	8	0	6	0	13	2	0	4	4
3 TRIMEST	3	2	0	0	0	15	0	1	1	0
4 TRIMEST	8	1	2	1	1	6	0	1	0	1
TOTAL	38	17	3	9	2	31	2	2	2	6

Durante este periodo a comparacion del año anterior hubo una baja de captacion de usuarios con dignostico de tuberculosis, esto debido a las barreras que estan presentando la IPS en especial la asmet salud que todo debe ser autorizadoo y asmet todo lo remite y debido amuchos factores los usurios no van a cali a tomarse las muestras

PROGRAMACION DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS

SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE - PROGRAMA CONTROL DE LA TUBERCULOSIS															
PROGRAMACION DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS DE TUBERCULOSIS 2025 - IPS															
MUNICIPIO	NOMBRE IPS CON PROGRAMA DE TUBERCULOSIS	Consultas de primera vez en mayores de 15 años, año 2024	SR Esperados en 2025	PRIMER TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCER TRIMESTRE		CUARTO TRIMESTRE		Total Sintomaticos Respiratorios Captados	% Cumplimiento		
				Meta SR	SR Evaluados	Meta SR	SR Evaluados	Meta SR	SR Evaluados	Meta SR	SR Evaluados				
YUMBO	HLBEY	11.169	279	70	54	70	78	70	55	70	46	243	87%		

TRIMESTRE	AÑO 2024					AÑO 2025				
	SR ESPE RAD OS X MES	SR CAP TAD OS	BK REALIZA DOS	CULT IVOS	TOTAL ENFERM OS DIAGN OSTICA DOS	SR ESPE RADOS X MES	SR CAP TADOS	BK REALIZA DOS	CULT IVOS	TOTAL ENFER MOS DIAG NOSTI CADO S
1TRIMEST	69	34	133	53	8	93	54	70	53	8
2 trimestre	69	62	146	50	12	93	78	74	50	13
3 TRIMEST	69	46	121	39	2	93	55	58	60	15
4 TRIMEST	69	30	80	3	3	93	46	60	19	6
TOTAL	277	172	480	145	25	277	234	262	182	43



Durante año 2025 hubo un aumento de captación de usuarios con tuberculosis esto debido al cambio que se realizó en cuanto a pruebas moleculares tomadas en hospital la Buena Esperanza, dándonos oportunidad de diagnóstico oportuno para inicio de tratamiento y dar continuidad en el programa a diferencia del año anterior, pues la captación del año 2024 fue muy baja, no hubo apoyo de programa de plan de intervenciones colectivas, como años atrás, este año fue enriquecedor con el apoyo de programa del adulto, el joven, apoyo de parte de la APS y jornadas realizadas en mega estación y hogares geriátricos también el apoyo que se ha logrado de parte de urgencias, hospitalización, consulta externa y el programa de tuberculosis con el seguimiento que se realiza del día respiratorio y seguimiento de contactos, esto nos con lleva a continuar con la búsqueda de sintomáticos respiratorios para brindar mejoramiento de la calidad de vida de nuestros pacientes y familia, brindándoles siempre apoyo oportuno y un trato humanizado,

La captación de sintomáticos respiratorios realizada en mega estación fue efectiva dando como resultado un usuario positivo de los 22 sintomáticos captados

La captación de sintomáticos respiratorios realizada en hogar geriátrico fue efectiva con la con resultado de 1 usuario positivo de EPS contributiva y 10 sintomáticos respiratorios con pruebas moleculares resultado negativo.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO COMPLETO, ASÍ COMO TAMBIÉN LA ATENCIÓN E INTERCONSULTAS CON NUTRICIÓN Y PSICOLOGÍA

El tratamiento farmacológico garantiza se realización, con supervisión y seguimiento por parte del equipo médico, logrando adherencia y evitando que los pacientes abandonen el programa, esto aplicado por medio de unas tarjeta de control la cual se enfoca en cada una de las fases del tratamiento, esto implica una alta responsabilidad y compromiso por parte de nuestro equipo de trabajo como los familiares de los pacientes, así mismo se recalca la oportuna respuesta o disposición en inventario de los medicamentos esto conllevando al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros pacientes en tratamiento

TRIMESTRE	COHORTE TUBERCULOSIS		
	INGRESON	EGRESARON	FALLECIDOS
2022	22	20	2
2023	34	34	5
2024	33	9	1
2025	43	4	6



La cohorte del 2022 ingresó 22 usuarios, al programa de tuberculosis y salieron del programa:

- ✓ usuarios salieron curados: 17
- ✓ Tratamiento terminado: 1
- ✓ Perdida de seguimiento: 2
- ✓ Fallecidos 2

La cohorte del 2023 que inicio con 34 usuarios los cuales ingresaron al programa y se encuentran de la siguiente manera:

- ✓ usuarios salieron curados: 6
- ✓ tratamiento terminado: 1
- ✓ perdida en el seguimiento: 5
- ✓ en tratamiento primera fase: 1
- ✓ En tratamiento segunda fase: 16
- ✓ FRACASO: 1
- ✓ Fallecidos: **5**

La cohorte del 2024 que inicia con 24 usuarios los cuales ingresaron al programa y se encuentran de la siguiente manera:

- ✓ usuarios salieron curados:9
- ✓ tratamiento terminado: 2
- ✓ perdida en el seguimiento: 5
- ✓ en tratamiento primera fase: 2
- ✓ En tratamiento segunda fase: 9
- ✓ FRACASO: 1
- ✓ Fallecidos: **1**
- ✓ En tratamiento Resistencia a rifampicina: 2 en tratamiento

La cohorte del 2025 que inicia con 43 usuarios los cuales ingresaron al programa y se encuentran de la siguiente manera:

- ✓ usuarios salieron curados: 3
- ✓ tratamiento terminado: 1
- ✓ perdida en el seguimiento: 3
- ✓ en tratamiento primera fase: 8
- ✓ En tratamiento segunda fase: 27
- ✓ FRACASO: 0
- ✓ Fallecidos: 6
- ✓ En tratamiento Resistencia a rifampicina:1



La diferencia de captación de pacientes basílicos aumentado, por el apoyo de los médicos de urgencias y consulta externa y los de APS, a generando confianza a la población en asistir a los programas al uso de tapabocas dentro de la institución, lo otro los usuarios que más están propensos a tuberculosis son los que manejan EPOC y por medio del programa de GRCV se captan para toma de muestras de bacilos copias.

Se aclara que el cierre de la cohorte de tuberculosis del año **2025** está pendiente porque hay varios usuarios en tratamiento.

PROGRAMA HANSEN

Total, de pacientes del programa de Hansen: durante el primer trimestre 0, terminaron saliendo curados vienen historial desde año 2017, 2018 y terminan en 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 y 2024 no han ingresado usuarios.

TOTAL, DE PACIENTES 2017	TOTAL, DE PACIENTES 2018	TOTAL, DE PACIENTES 2019	TOTAL, DE PACIENTES 2020	TOTAL, PACIENTES 2021	TOTAL, PACIENTES 2022	TOTAL PACIENTES 2023	Total pacientes 2024
2	2	1 IPS	1 IPS	2	1 IPS	0	2
CONDICIÓN DE EGRESOS	CONDICIÓN DE EGRESOS	CONDICIÓN DE EGRESOS	CONDICIÓN DE EGRESOS	CONDICIÓN DE EGRESO	CONDICIÓN DE EGRESOS	CONDICION DE EGRESO	CONDICION DE EGRESO
CURADOS	CURADOS	CURADO	CURADO	CURADOS	CURADO	0	CURADO

Durante el año 2025 no ha ingresos de Hansen en el municipio de Yumbo

TRIMESTRE	INDICADORES 2015 - 2025		
	INGRESON	EGRESARON	SE REALIZA VISITA CADA AÑO A CONTACTOS HASTA LOS 7 AÑOS
2015	2	2	CUMPLIDA
2016	2	2	CLUMPLIDA
2017	2	2	CUMPLIDA
2018	2	2	CUMPLIDA
2019	3	1	CUMPLIDA
2020	1	1	CUMPLIDA
2021	2	2	CUMPLIDA
2022	1	1	CUMPLIDA
2023	0	0	CUMPLIDA
2024	2	1	CUMPLIDA
2025	0	0	NO HAY USUARIOS



MANEJO DE MEDICAMENTOS.



El Hospital la Buena Esperanza de Yumbo, tiene la responsabilidad de almacenar y distribuir los medicamentos tanto del programa de Tuberculosis como de Hansen a las diferentes EPS, IPS del municipio, por lo tanto, se deben llevar parámetros y condiciones que se acredite su calidad en efectividad clínica.

Mensualmente se realiza inventario, y se solicitan los mismos a la secretaria de Salud Departamental de acuerdo al número de pacientes de los programas.

Diariamente se registra la humedad y la temperatura dos veces al día, de acuerdo al protocolo.

Cada paciente del programa tiene seleccionados sus medicamentos en organizadores individuales; de esta manera garantizar la entrega completa del tratamiento a cada paciente como de garantizar su estabilidad y efectividad.

SALUD ORAL

PERSONAL		
Tipo de contratación	ENERO A MARZO	MARZO A DIC
Odontólogos contratistas 8 horas y lider del proceso	1	1
Odontólogos de planta 4 horas.	2	2
Técnico en salud 8 horas (odontólogo)	1	1
Auxiliares contratistas	2	5
Auxiliares de planta	2	2
TOTAL	8	11

MORBILIDAD AÑO 2025

La morbilidad hace referencia a las principales patologías por las que consultan los pacientes a la E.S.E y durante el 2025, durante los meses de enero a diciembre, son:

ITEM	10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA
1	CARIES DE LA DENTINA
2	DEPOSITOS (ACRESIONES) EN LOS DIENTES
3	RAIZ DENTAL RETENIDA
4	GINGIVITIS AGUDA



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

5	GINGIVITIS CRONICA
6	PERDIDA DE DIENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD PERIODONTAL
7	CARIES LIMITADA AL ESMALTE
8	CARIES DEL CEMENTO
9	PERIODONTITIS CRONICA
10	DIENTES INCLUIDOS

En la morbilidad del año 2025, se evidencia que la caries dental en dentina es la mayor causa de consulta de los usuarios del municipio de Yumbo a la E.S.E, depósitos (acreciones) en los dientes con y raíz dental retenida con, se hace necesario seguir trabajando en la promoción y prevención de la salud oral, especialmente en menores de 9 años para generar hábitos saludables y disminuir el índice de caries del Municipio de Yumbo.

Además para este año se evidencia la presencia de abscesos periapicales donde del área de odontología por la severidad de los abscesos se ha tenido que hospitalizar por falta de control odontológico de los usuarios, casos de celulitis y absceso en boca, todo esto debido a que los pacientes no consultan oportunamente y en pro de prevenir la enfermedad es decir que los pacientes no acuden a los programas de promoción y prevención en salud oral, si no que consultan cuando presentan ya la patología o la urgencia.

1. CONSOLIDADO DE ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS DEL 2025

a. POR ODONTOLOGO

ACTIVIDAD	2025						TOTAL
	ANUAR LOPEZ	EDUARD CASTILLO	URIEL ANGEL GUERRERO	CLAUDIA MARIA QUINTERO	ACTIVIDADES REALIZADAS POR HIGIENISTAS	PERSONAL DIFERENTE A ODONTOLOGIA	
ATENCIÓN EN SALUD BUCAL POR PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA	1731	754	315	572	0	13	3385
ACTIVIDADES PYP	3268	627	253	964	4178	1	9291
ATENCION GESTANTES	13	25	7	38	0		83
CONSULTA URGENCIAS	1	53	4	110	0		168
ACTIVIDADES JORNADA DE SALUD	0	0	0	0	4		4
RECUPERACION DE SALUD	60	672	1186	2402	0	4	4324
TOTAL	5073	2131	1765	4086	4182	18	17255



Se puede observar que, a pesar de odontología, realizar su propia facturación aun en urgencias los facturadores, siguen facturando actividades a personas diferentes al personal de odontología.

3.2 ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS POR MES

ACTIVIDAD	2025												ACTIVIDAD TOTAL
	ENE.	FEB.	MARZ.	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
APLICACIÓN DE SELLANTES	0	0	0	3	10	10	11	2	10	9	6	16	77
CONTROL DE PLACA BACTERIANA	340	336	425	445	664	465	366	397	387	265	288	405	4783
DETARTRAGE SUPRAGINGIVAL	148	135	153	154	211	129	66	84	101	95	99	133	1508
TOPICACION BARNIZ DE FLUOR	228	233	264	318	266	221	211	316	244	148	202	233	2884
CONSULTA DE PRIMERA VEZ	327	336	318	288	309	258	294	272	308	205	172	367	3454
CONSULTA DE SEGUIMIENTO	82	59	66	47	63	40	50	52	64	61	57	61	702
CONSULTA DE URGENCIA	11	12	16	7	14	14	16	29	23	11	9	10	172
EXO EN DIENTES PERMANENTES	59	64	47	52	55	39	53	39	67	31	41	70	617
EXO EN DIENTES TEMPORALES	8	10	10	12	11	10	12	16	11	11	6	6	123
FERULIZACION SEMIRIGIDA	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	5
RESTAURACIONES EN RESINA	179	268	215	180	189	224	201	138	200	205	201	294	2494
RESTAURACIONES EN IONOMERO DE VIDRIO	31	21	24	15	33	20	27	25	19	36	19	26	296
TERAPIA DE CONDUCTO	14	8	16	6	8	2	11	2	6	4	1	1	79
RADIOGRAFIAS INTRAORALES	11	10	8	5	5	0	7	5	2	2	1	5	61
TOTAL	1439	1492	1563	1532	1839	1432	1325	1378	1443	1083	1102	1627	17255

En el año 2025, se realizaron 2255 actividades, se evidencia que se realizó un mayor número de actividades de promoción y prevención en salud oral con un total de 12706, frente a un 4549 de actividades de recuperación de la salud, esto refleja el trabajo del grupo de salud oral en realizar una intervención preventiva a la población en lugar de una curativa, ya que para nosotros como institución prestadora de servicios de salud lo más importante es la prevención con el fin de disminuir la patología o enfermedad en la población.



COMPARATIVO DE ACTIVIDADES POR AÑO

COMPARATIVO DE ACTIVIDADES POR AÑO				
ACTIVIDAD	2022	2023	2024	2025
APLICACIÓN DE SELLANTES	605	121	55	77
CONTROL DE PLACA BACTERIANA	5617	5783	6726	4783
DETARTRAGE SUPRAGINGIVAL	3438	2971	2792	1508
TOPICACION BARNIZ DE FLUOR	2772	3160	3046	2884
CONSULTA DE PRIMERA VEZ	4345	4018	4022	3454
CONSULTA DE SEGUIMIENTO	98	481	1015	702
CONSULTA DE URGENCIA	1899	1547	296	172
EXO EN DIENTES PERMANENTES	1063	821	657	617
EXO EN DIENTES TEMPORALES	242	197	179	123
FERULIZACION SEMIRIGIDA	3	13	4	5
RESTAURACIONES EN RESINA	6700	3552	3908	2494
RESTAURACIONES EN IONOMERO DE VIDRIO	930	300	450	296
TERAPIA DE CONDUCTO	8	64	84	79
RADIOGRAFIAS INTRAORALES	119	129	44	61
TOTAL	27839	23157	23278	17255

Se observa que el año con más actividades se realizó fue en el año 2022, debido a que se contaba con más horas odontólogo, pero cabe resaltar que para el año 2025 tuvimos disminución considerable en actividades, debido a que se contaba con menos personal.



ACTIVIDADES POR EPS



ACTIVIDADES POR EPS 2025	
ASEGURADORA SOLIDARIA ADRES	7
ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A	9
ASMET SUBSIDIADO	10326
ASMET CONTRIBUT	421
ASMET MEDIANA COMP.	9
AIC	14
ASOCIACION MUTUAL SER-SUBSIDIADO	2
ATENCION EN SERVICIOS DE SALUD PARA EXTRANJEROS EN COLOMBIA	41
COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A- SOAT	3
CONTRATO ALCALDIA	1275
COOSALUD SUB	1827
COOSALUD CONTRIBUT	115
COOSALUD MEDIANA COMP.	64
EMSANAR SUBSIDIADO	66
EMSANAR CONTRIBUT,	2
FAMISANAR EPS-SUBSIDIADO	5
FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A-FOMAG	1
NUEVA EPS CONTRIBUT	107
NUEVA EPS SUBSIDIADO PARTICULARES	2879
SAVIA SALUD EPS-SUBSIDIADO	32
SEGUROS DEL ESTADO	3
SOS CONTRIBUT.	40
SOS CONTRIBUT.	3
TOTAL	17255

Se observa que el mayor número de actividades se realizó con la EPS ASMETSALUD, seguido de NUEVA EPS.

JORNADAS DE BARNIZ DE FLUOR AÑO 2025





INDICADORES EN ODONTOLOGIA

OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS ODONTOLÓGICAS

NOMBRE DEL INDICADOR	Oportunidad en la asignación de citas	META PROPUESTA	3 días
PERIODICIDAD	MENSUAL	FORMULA DE CALCULO	Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha de la solicitud y la fecha de la atención / # total de consulta odontológica general asignadas en la institución.

IDENTIFICACION DEL INDICADOR															
PROCESO	CONSULTA EXTERNA / SUBGERENCIA DE CIENTIFICA														
DEPENDENCIA	SUBGERENCIA CIENTIFICA														
RESPONSABLE DEL PROCESO	CLAUDIA QUINTERO					MEDICION:			DIAS						
NOMBRE DEL INDICADOR	OPORTUNIDAD EN LA ATENCION DE CONSULTA ODONTOLOGIA GENERAL														
FORMULA DE CALCULO	Numero de Dias para entrega de la Informacion / Numero de Reportes														
TIPO DE INDICADOR:	EFICIENCIA _____			EFICACIA _____			EFECTIVIDAD _____								
FRECUENCIA MEDICION	MENSUAL <input checked="" type="checkbox"/>			BIMESTRAL _____			TRIMESTRAL _____			SEMESTRAL _____			ANUAL _____		
INFORMACION OPERACIONAL															
REGISTRO DE RESULTADOS VIGENCIA: 2025															
Datos / Periodo	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC			
META	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			
RESULTADO	3,45	2,81	2,86	2,93	1,08	2,59	3,00	2,85	1,09	1,24	1,31	2,08			
NUMERADOR	373	270	277	208	126	370	372	325	142	61	84	25			
DENOMINADOR	108	96	97	71	117	143	124	114	130	49	64	12			
GRÁFICA															

Se observa que se cumple con el tiempo estipulado para la asignación de citas odontológicas, durante el año 2025.

%DE PACIENTES CONTROLADOS

NOMBRE DEL INDICADOR	% Pacientes Controlados	META PROPUESTA	60%
PERIODICIDAD	MENSUAL	FORMULA DE CALCULO	Total de pacientes controlados en el periodo/Total de pacientes que inician tratamiento en el periodo



IDENTIFICACION DEL INDICADOR												
Proceso	CONSULTA EXTERNA / SUBGERENCIA DE CIENTIFICA											
Subproceso	SUBGERENCIA CIENTIFICA											
Responsable del Proceso	CLAUDIA MARIA QUINTERO QUINTERO						Meta Propuesta	DIAS				
Nombre del Indicador	% DE PACIENTES CONTROLADOS											
Formula del Calculo	TOTAL DE PACIENTES CONTROLADOS EN EL PERIODO/TOTAL DE PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO EN EL PERIODO											
Tipo de Indicador:	EFICIENCIA _____			EFICACIA _____			EFECTIVIDAD _____					
Frecuencia Medicion	MENSUAL X			BIMESTRAL _____			TRIMESTRAL _____			SEMESTRAL _____ ANUAL _____		
INFORMACION OPERACIONAL												
REGISTRO DE RESULTADOS VIGENCIA: _____												
Datos / Período	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
RESULTADO	66	63	68	68	80	64	77	65	77	65	82	81
NUMERADOR	215	215	216	198	250	167	258	186	326	203	156	188
DENOMINADOR	328	342	317	291	314	262	334	286	421	313	191	232
GRÁFICA												
Comportamiento del Indicador												

PROPORCION DE GESTANTES CON VALORACION POR ODONTOLOGIA

NOMBRE DEL INDICADOR	% PROPORCION DE GESTANTES CON VALORACION POR ODONTOLOGIA	META PROPUESTA	90%
PERIODICIDAD	MENSUAL	FORMULA DE CALCULO	# de gestantes atendidas en el periodo de tiempo/ # de gestantes inscritas en control prenatal

IDENTIFICACION DEL INDICADOR												
Proceso	CONSULTA EXTERNA / SUBGERENCIA DE CIENTIFICA											
Subproceso	SUBGERENCIA CIENTIFICA											
Responsable del Proceso	CLAUDIA MARIA QUINTERO QUINTERO						Meta Propuesta	DIAS				
Nombre del Indicador	PROPORCION DE GESTANTES CON VALORACION POR ODONTOLOGIA											
Formula del Calculo	# DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL PERIODO DE TIEMPO/ # DE GESTANTES INSCRITAS EN CONTROL PRENATAL											
Tipo de Indicador:	EFICIENCIA _____			EFICACIA _____			EFECTIVIDAD _____					
Frecuencia Medicion	MENSUAL X			BIMESTRAL _____			TRIMESTRAL _____			SEMESTRAL _____ ANUAL _____		
INFORMACION OPERACIONAL												
REGISTRO DE RESULTADOS VIGENCIA: _____												
Datos / Período	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
RESULTADO	57	92	94	93	88	85	72	77	90	64	81	66
NUMERADOR	16	11	15	25	29	17	28	23	19	23	22	21
DENOMINADOR	28	12	16	27	33	20	39	30	21	36	27	32
GRÁFICA												
Comportamiento del Indicador												



LABORATORIO CLINICO

CUADRO COMPARATIVO DEL TOTAL DE EXAMENES DE LABORATORIO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2025 VS 2024 ordenados vs procesados.

MUESTRAS MENSUALES AÑO 2024			
MESES	ORDENADOS	PROCESADOS	DIFERENCIA
ENERO	16359	14231	2128
FEBRERO	16503	14577	1926
MARZO	16143	14127	2016
ABRIL	16988	15256	1732
MAYO	16595	14557	2038
JUNIO	14283	12438	1845
JULIO	16089	14188	1901
AGOSTO	12621	11204	1417
SEPTIEMBRE	11201	9971	1230
OCTUBRE	11884	10716	1168
NOVIEMBRE	11309	10132	1177
DICIEMBRE	8569	7987	582
TOTAL	168544	149384	19160
MUESTRAS MENSUALES AÑO 2025			
MESES	ORDENADOS	PROCESADOS	DIFERENCIA
ENERO	11351	10238	1113
FEBRERO	11965	10741	1224
MARZO	12982	11741	1241
ABRIL	12838	11753	1085
MAYO	14258	12925	1333
JUNIO	12329	11162	1167
JULIO	13491	12365	1126
AGOSTO	11215	10211	1004
SEPTIEMBRE	12024	11078	946



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

MES	SC 4469	10757	10014	743
NOVIEMBRE		10378	9543	835
DICIEMBRE		8116	7212	904
TOTAL		141704	128983	12721

Se evidencia que los exámenes de laboratorio se encuentran en oscilantes en comparación entre el 2024 vs 2025 durante el mismo periodo, esto se debe a la fluctuación en las solicitudes de exámenes por parte del cuerpo médico, diversos contratos de EPS, autorizaciones ante los cambios de contratación y aspecto del área de salud a nivel nacional. En el área del laboratorio se han implementado procesos que mejoran la oportunidad, pero se considera que se debe realizar una socialización en la institución, y los municipios alrededor de yumbo para ampliar así la cobertura y más con la próxima apertura del nuevo hospital.

CUADRO COMPARATIVO DEL TOTAL DE EXAMENES PROCESADOS DE LABORATORIO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2025 DE CONSULTA EXTERNA VS URGENCIAS.

MUESTRAS MENSUALES AÑO 2025				
MES	ORDENADOS	PROCESADO	C. EXTERNA	URGENCIAS
ENERO	11351	10238	6206	4032
FEBRERO	11965	10741	7050	3691
MARZO	12982	11741	7726	4015
ABRIL	12838	11753	7926	4010
MAYO	14258	12925	8590	4348
JUNIO	12330	11162	7064	4098
JULIO	13491	12365	8376	3989
AGOSTO	11215	10211	6221	3990
SEPTIEMBRE	12024	11078	7226	3852
OCTUBRE	10757	10014	6653	3361
NOVIEMBRE	10378	9543	5628	3915
DICIEMBRE	8116	7212	3908	3304
TOTAL	141.705	128.980	82.378	46.612



Se puede observar que el número de exámenes ordenados vs lo procesados varía debido a que muchos usuarios no se los realizan, se vencen las ordenes, no son autorizados a nuestra institución. De igual manera el servicio de ordenamiento es consulta externa, donde se incluyen las diversas órdenes de los programas, particulares.

TOP 15 PRUEBAS MAS SOLICITADAS ENERO A DICIEMBRE 2025				
PRUEBAS	ORDENADAS	PROCESADAS	C. EXTERNA	URG - HOSP
CUADRO HEMATICO	26402	23493	8945	14548
PO	14208	12721	7101	5620
CREATININA	13530	12795	6939	5856
GLICEMIA	11176	10539	7882	2657
NITROGENO UREICO	7680	7201	2661	4540
FV	3356	3478	872	2031
HIV	3433	2210	2811	555
DENGUE	340	311	12	299
GALLY	2078	2011	1145	866
PCR	2275	3134	105	2021
P. LIPIDICO	6694	6350	6345	5
TROPONINA	1016	991	0	991
V.S.G	1972	1856	390	1466
S. OCULTA	3717	2397	2371	26
TPHA	2528	2510	2484	26

El anterior dato numérico nos muestra que los exámenes de Hemogramas, parcial de orina y Química sanguínea, son los de mayor rotación. Esto probablemente se debe a la cantidad de ordenamientos médicos del área de urgencias, consulta externa y de los programas de promoción y prevención que se manejan en el hospital. Pero cabe resaltar que el cuadro hemático, creatinina, nitrógeno ureico parcial de orina son los de mayor solicitud en urgencias.



SC 4169-1



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Con el volumen de muestras que se manejan en el laboratorio, se demuestra que se cuenta con una buena capacidad instalada como: equipos automatizados, infraestructura y en lo relacionado al recurso humano si se requiere de una auxiliar de enfermería para el apoyo ya que el servicio de urgencia se ha incrementado por lo que se planteó el apoyo, en las noches al Bacteriólogo por la carga de exámenes y funciones que ellos realizaban y que normalmente en el día se tienen distribuidas y afectaba la oportunidad, lo mismo que el requerimiento de otro Bacteriólogo que cubra incapacidades, permiso, vacaciones ya que los que están se tiene que doblar y recargar de trabajo de varias áreas al tiempo. Inclusive a pesar de mi responsabilidad administrativa debo suspender esta para dar apoyo a las áreas lo que en ocasiones me retrasa la entrega a tiempo de informe, pero cabe aclarar que todo se encuentra al día ya que en ocasiones realizo horario adicional para no afectar el servicio ni la imagen del laboratorio ante el cumplimiento de información y demás requerimiento por parte de la institución y de entes externos.

En lo referente al proceso epidemiológico que se lleva del DENGUE hemos buscado alternativas de pruebas con proveedores que nos ayude al proceso vs costos. Además, la secretaria departamental realizó una nueva entrega de pruebas de DENGUE 270 más con fecha de vencimiento de un año lo que nos ha permitido dar cumplimiento, aunque este requerimiento de los últimos dos meses del año 2025 disminuyó la solicitud no estamos descubierto por pruebas y se terminó de informar el consumo en un link con datos de porcentaje de uso y especificaciones clínicas de dx y manejo de los pacientes en los primeros días de cada mes hasta diciembre.

CUADRO DE LOS TOP POR TIPO DE ENTIDAD DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2025.

DATOS DE INDICADORES DE LABORATORIO

Dentro de los indicadores del laboratorio tenemos 2, % de controles de calidad que incumplen el rango y oportunidad en la toma de muestra que se encuentran en la plataforma del DARUMA, aunque cabe aclarar que la plataforma no está funcionando correctamente por ello solo se tiene en formato por mes el de control de calidad, se logra evidencias que los indicadores se encuentran dentro del parámetro establecidos y especificaciones. Se cuenta con controles internos de casa comercial en todos los equipos y controles externos de SIGMA QC en todas las áreas del laboratorio que cumplen con los resultados esperados, se recibe visita de asesora al final ciclo donde se evidencia que estamos dentro de los parámetros, soporte que reposa en el área de laboratorio en la carpeta correspondiente y que permite cumplir con la norma.

De manera interna se diligencia un formato de tabulación de nuevas muestras y con datos de criterio de rechazo con porcentaje de desviación.



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

SC 4469-1

TABULACION UROCULTIVOS

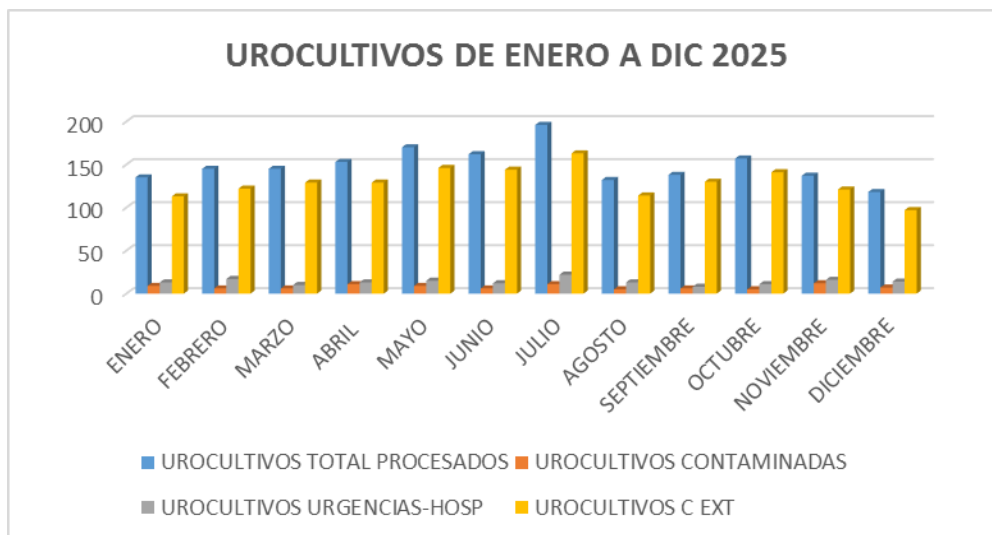
ESTADISTICA DE UROCULTIVO 2025		
MES	RESULTADO	CANTIDAD
ENERO	NEGATIVO	92
	POSITIVO	34
	CONTAMINADO	9
	TOTAL	135
FEBRERO	NEGATIVO	103
	POSITIVO	36
	CONTAMINADO	6
	TOTAL	145
MARZO	NEGATIVO	99
	POSITIVO	40
	CONTAMINADO	6
	TOTAL	145
ABRIL	NEGATIVO	100
	POSITIVO	42
	CONTAMINADO	11
	TOTAL	153
MAYO	NEGATIVO	110
	POSITIVO	51
	CONTAMINADO	9
	TOTAL	170
JUNIO	NEGATIVO	126
	POSITIVO	30
	CONTAMINADO	6
	TOTAL	162
JULIO	NEGATIVO	120
	POSITIVO	65
	CONTAMINADO	11
	TOTAL	196
AGOSTO	NEGATIVO	97
	POSITIVO	30
	CONTAMINADO	5



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

	TOTAL	132
SEPTIEMBRE	NEGATIVO	86
	POSITIVO	46
	CONTAMINADO	6
	TOTAL	138
OCTUBRE	NEGATIVO	120
	POSITIVO	32
	CONTAMINADO	5
	TOTAL	158
NOVIEMBRE	NEGATIVO	94
	POSITIVO	31
	CONTAMINADO	12
	TOTAL	137
DICIEMBRE	NEGATIVO	84
	POSITIVO	27
	CONTAMINADO	7
	TOTAL	118

Se evidencia el aumento por parte de solicitudes médicas, el laboratorio cuenta con una tecnología automatizada que permite obtener resultados confiables y que arrojan datos como la concentración mínima inhibitoria de ayuda al cuerpo médico en el inicio de tratamiento logrando óptimos resultados en los tratamientos siempre y cuando la muestra cumpla con las indicaciones para su recogida que agilice el proceso.





En el cuadro anterior también se evidencia que el insumo del área de microbiología tiene un aprovechamiento total que nos deja evidenciado en el cuadro el volumen mínimo de muestras contaminadas vs el total de muestras por mes, de igual los resultados del área generan una confiabilidad de los resultados emitidos al personal médico gracias a los controles internos y externos dentro del laboratorio clínico brindando una oportunidad de reporte dentro de las 48 horas establecidas.

Toda la información aquí detallada se tomó del sistema interno de información del laboratorio INTERPRISE.

Además, el laboratorio clínico durante el año tuvimos actividades que permitieron demostrar el trabajo organizado y planificado que se lleva a dar cumplimiento a lo requerido, tales como:

- Se participó en la jornada de detección temprana del cáncer de estómago con la realización de pruebas de aliento a usuarios y personal de laboratorio.
- Se recibió la visita de estándares de calidad por parte de la secretaria de seguimiento cumpliendo con todo lo requerido.
- Visita de Icontec sin ninguna observación directa.
- Participación de todas las capacitaciones dada por el laboratorio de salud pública con soportes de asistencia.
- Implementación de los requerimientos de secretaria del programa de TBC con lo referente a cultivo en medio líquido, y pruebas moleculares de identificación y sensibilidad a pacientes y as minimizar el riesgo de contagio.
- Participación activa en jornadas de salud, y convenio exámenes de seguridad en el trabajo.

SALUD MENTAL

En el período comprendido entre enero y diciembre de 2025, el área de Salud Mental llevó a cabo diversas acciones orientadas a la promoción, prevención, atención y seguimiento en salud mental, en articulación con las rutas institucionales y programas vigentes. Entre las principales actividades desarrolladas se destacan las siguientes:

1. Atención, reporte y activación de rutas a usuarios y usuarias víctimas de violencias basadas en género e intrafamiliar, garantizando la articulación con las entidades competentes para la protección de derechos.
2. Atención, seguimiento y/o reporte de usuarios y usuarias con ideación suicida y/o intento suicida, conforme a los lineamientos establecidos para la gestión del riesgo en salud mental.



SC 4469-1



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

3. Captación, canalización y reporte de casos nuevos de VIH, asegurando la remisión oportuna a los servicios de salud correspondientes.
4. Liderazgo y ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Contrato Interadministrativo N.º 114-1913003, a cargo de la Psicóloga Sidney Nieva Muñoz.
5. Liderazgo y ejecución del Proyecto de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado – PAPSIVI, en el marco del Contrato Interadministrativo N.º 114-19130006, a cargo de la Psicóloga Lina María Valencia y la Trabajadora Social Lorena Hurtado.
6. Apoyo en la ejecución de jornadas de certificación de discapacidad, tanto a nivel local como departamental, en articulación con las entidades competentes.
7. Prestación de servicios de consulta externa, orientados a la atención psicológica individual, valoración, orientación y seguimiento de usuarios y usuarias.

Las acciones desarrolladas permitieron fortalecer la atención integral en salud mental, la articulación interinstitucional y la respuesta oportuna frente a situaciones de riesgo psicosocial en la población atendida.

3. Atención, reporte y activación de rutas a usuarios y usuarias víctimas de violencias basadas en género e intrafamiliar,

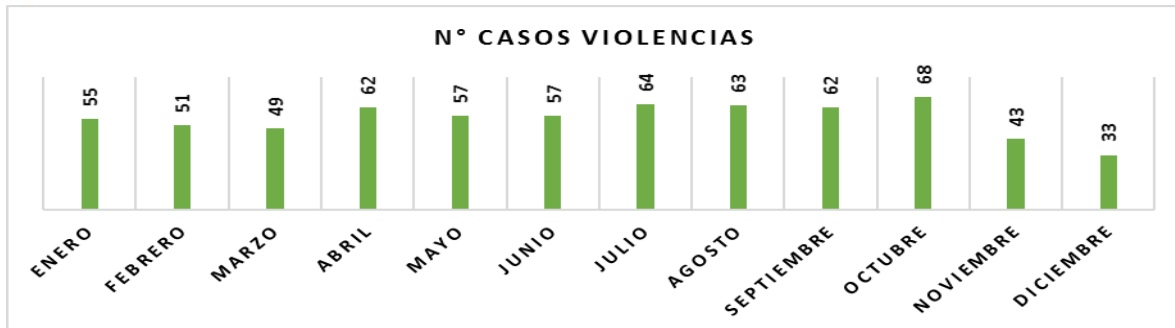
Esta actividad comprendió la atención inicial en el servicio de urgencias de usuarios en cualquier momento del curso de vida, consultantes como víctimas de violencia física, psicológica, sexual, negligencia y abandono. Incluyendo las víctimas de violencias basadas en razón de sexo y género.

Implicó la continuidad o activación de rutas institucionales, las cuales sirven como marco de referencia para la atención a dichos usuarios, garantizando acceso principalmente al servicio de atención médica, interconsulta psicológica (si aplica y el médico lo solicita), notificación al sistema de vigilancia en salud pública, oficio de notificación a entes municipales (Comisaría De Familia, ICBF, EPS), y en algunos casos de alta vulnerabilidad incluyó acompañamiento de traslado y presentación ante instituciones de protección para continuidad de ruta de atención en restablecimiento de derechos.

A continuación, se presenta graficas que contienen el consolidado y segregación de atenciones identificadas por fichas epidemiológicas (semanas 1 a la 52) comprendidas entre los meses de enero a diciembre del 2025.



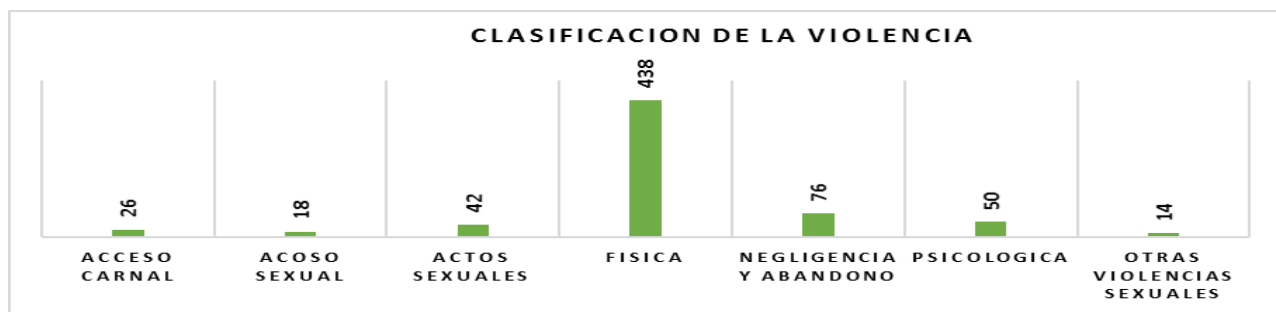
Grafica. Comportamiento de Casos de Violencia Registrados Mensualmente



La grafica anterior presenta que, en el periodo entre enero a diciembre del 2025 se brindó atención a **664 casos** de sospecha de violencias intrafamiliar y de género, reportados, siendo octubre el mes con mayor número de atenciones con 68 casos y diciembre el de menor número con 33 usuarios reportados a través de ficha epidemiológica del sivigila 875.

En comparación con el año anterior 2024, donde se reportaron 749 casos, se percibe una disminución de 85 reportes menos asociados a diferentes modalidades de violencias.

Grafica. Consolidado según Modalidad de las Violencias



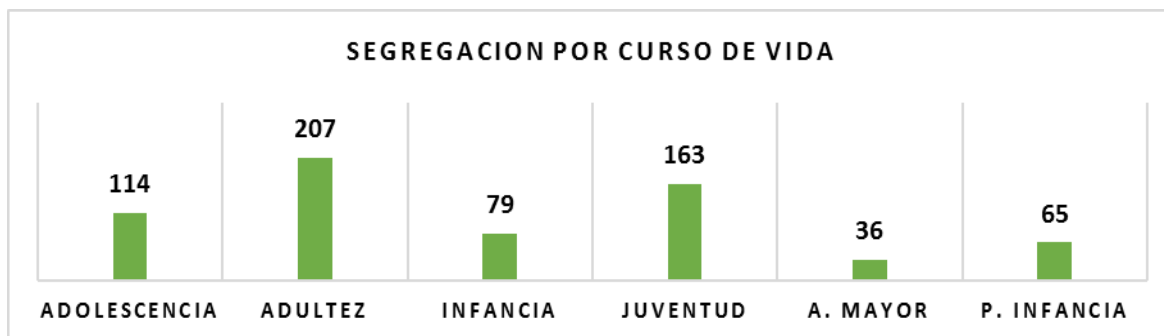
La gráfica permite observar que se notificó con mayor prevalencia el evento de sospecha de violencia física con un total de 438 casos reportados entre los meses de enero a diciembre, seguido por 100 presuntas violencias sexuales (incluyen acceso carnal, actos sexuales, acoso sexual y otras violencias de tipo sexual), 76 usuarios relacionados a situaciones de presunta negligencia y/o abandono (menores de edad y/o adultos mayores), 50 por violencia psicológica; para un total de 664 eventos notificados.

Grafica. Segregación de Casos de Violencia por Sexo



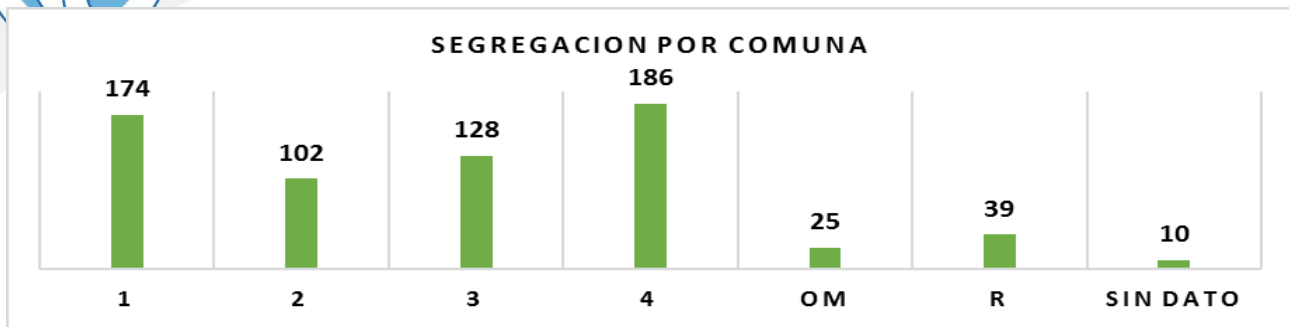
La gráfica permite observar que, las mujeres presentan un mayor número de consultas por ser presuntas víctimas de violencias intrafamiliar y/o de genero con una representación significativa de 542 (82%) usuarias con relación a 122 (18%) hombres. Siendo víctimas con mayor prevalencia de violencias físicas y violencias sexuales.

Grafica 4. Segregación de Casos por Curso de Vida



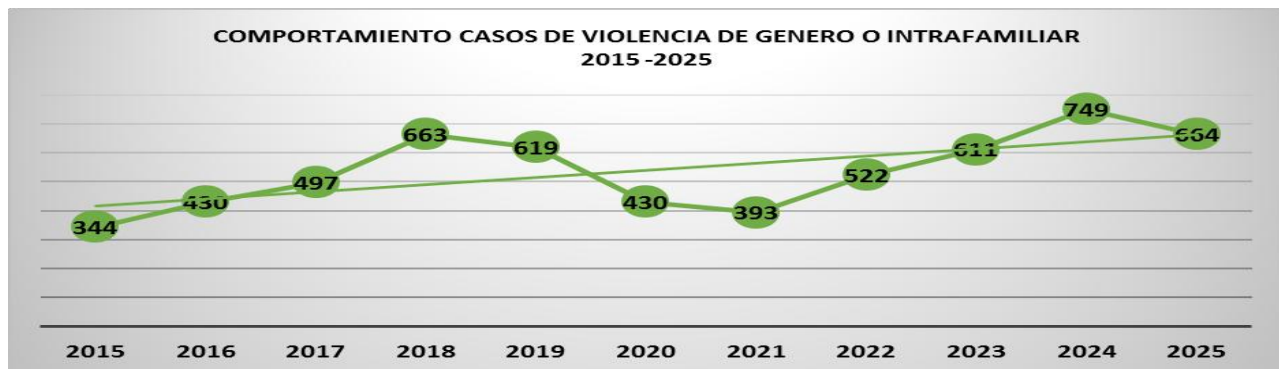
La gráfica presenta que de 664 casos reportados al sivegila, 207 usuarios corresponden a personas adultas entre los 30 y 59 años, seguido de 163 personas jóvenes entre 19 y 29 años, 114 adolescentes, 79 niños y niñas de curso de vida infancia, 65 son de primera infancia y 36 adultos mayores.

Grafica 5. Segregación de Casos Por Área y/o Comuna



La grafica anterior, representa que, de los 664 casos notificados, 186 usuarios refieren vivir en la comuna cuatro, 174 en la comuna uno, 128 personas en la comuna tres, 102 en la comuna dos; y en menor proporción correspondiente a 39 personas provenientes de diferentes áreas rurales. También se identifican 25 personas habitantes en otros municipios circundantes a Yumbo y 10 personas que durante atención no aportan información de ubicación.

Grafica. Comportamiento de Casos de Violencia



La gráfica evidencia una tendencia general al aumento de los casos de violencia de género o intrafamiliar en el periodo 2015–2025, con fluctuaciones significativas en algunos años claves. Se observa un crecimiento progresivo siendo el año 2024 el de mayor número de casos reportados, con **749**, reflejando un aumento continuo, posiblemente asociado a mayor reporte, visibilización del fenómeno o incremento real de la violencia. En 2025 se observa una reducción a **664 casos**, equivalente a un descenso parcial frente a 2024.

4. Atención, seguimiento y/o reporte de usuarios y usuaria con ideación suicida y/o intento suicida 2025

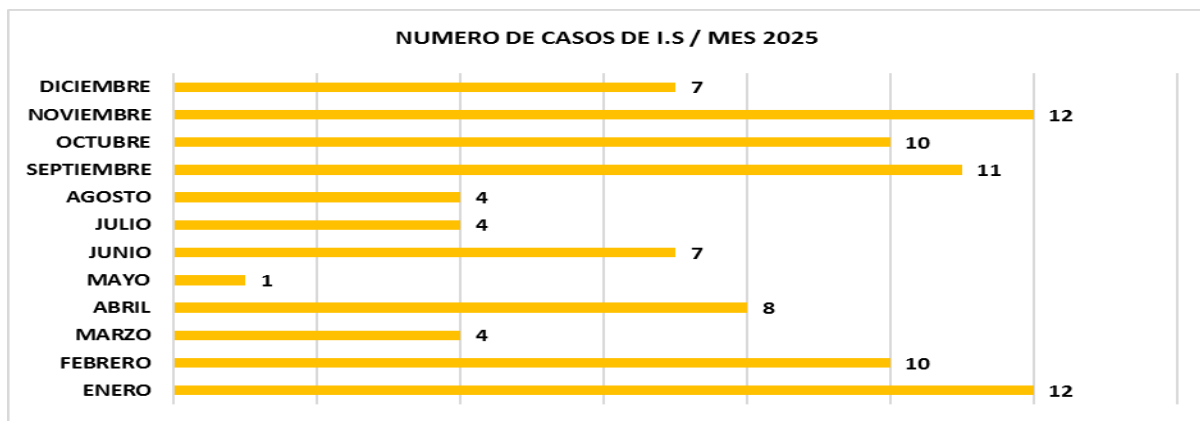


Entre enero y diciembre del 2025 se dio atención y se reportaron casos de usuarios con afectación de la salud mental con ideación o gestos autolesivos.

La atención implicó consulta médica por el servicio de urgencias, procedimientos, estabilización, medicamentos, interconsultas por psicología y/o trabajo social, remisión a psiquiatría prioritaria o ambulatoria, según la necesidad y riesgo detectado.

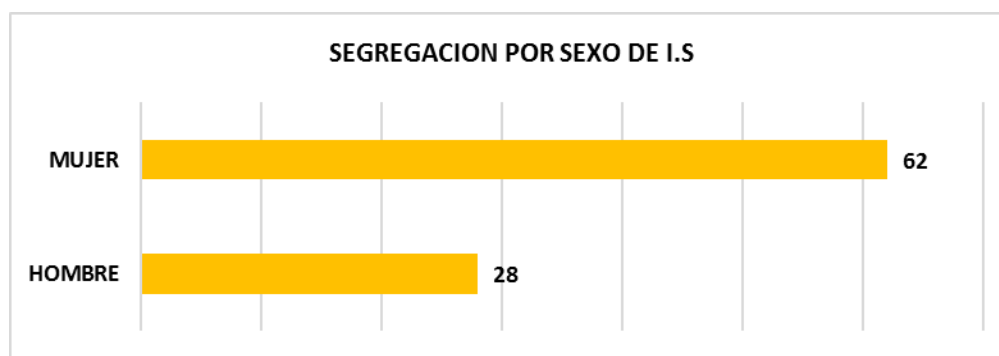
A continuación, se presenta de manera gráfica información de casos por intento suicida atendidos en la vigencia:

Grafica. Número de casos de Intento Suicida Registrados Mensualmente



La grafica permite observar que en el periodo entre enero y diciembre del 2025 se reportaron **90 usuarios** con diagnósticos de autolesiones, donde los meses con mayor número de casos corresponden a enero y noviembre con 12 eventos y el mes de mayo con menor reporte de 1 caso.

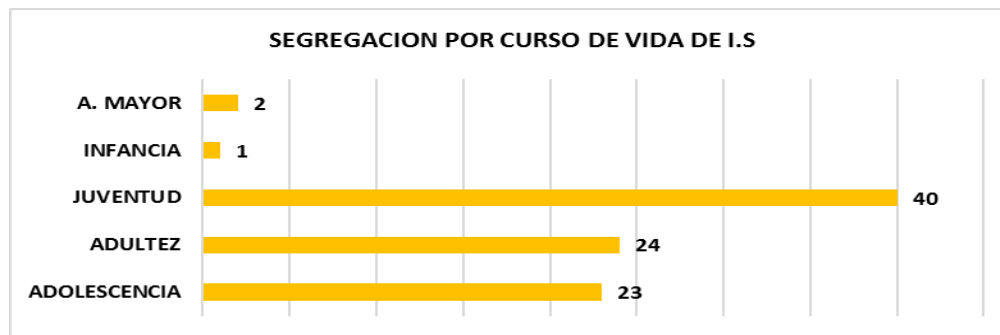
Segregación de Casos de Intento Suicida por Sexo





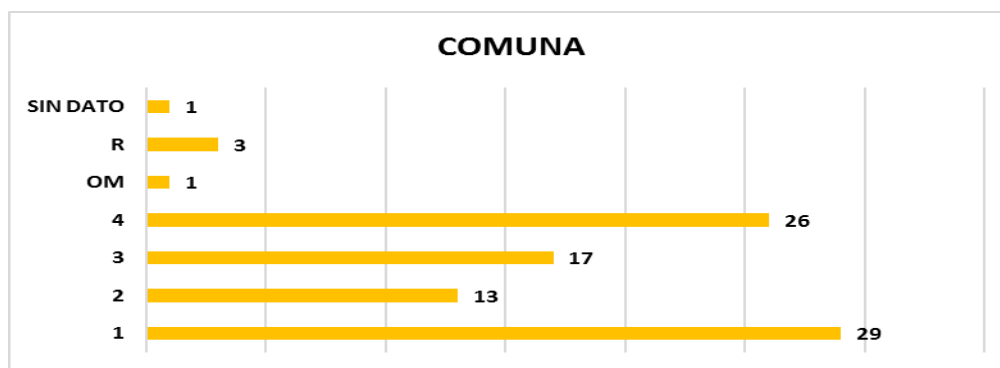
La grafica presenta que las mujeres presentan un mayor número de consultas por autolesiones con una representación significativa de 62, con relación a 28 hombres atendidos por autolesiones de diferentes modalidades.

Grafica. Segregación de Casos por Curso de Vida



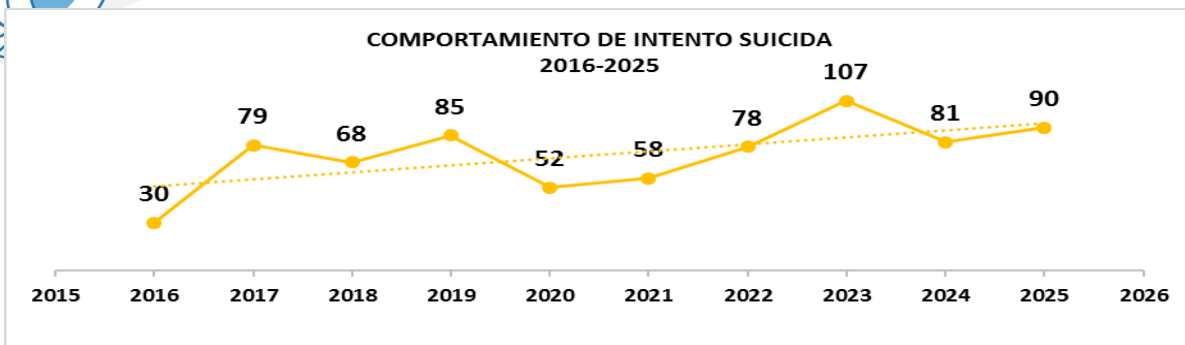
La grafica permite observar que, de las 90 personas atendidas por eventos de autolesiones, 40 corresponden a personas jóvenes (entre 19 y 29 años), seguido por 24 adultos, 23 adolescentes, 2 adultos mayores y 1 infante; situación que genera alerta dado el incremento de casos en población menor edad principalmente adolescentes, con signos de afectación en salud mental multicausales y con mayor vulnerabilidad.

Grafica. Segregación de Casos Por Área y/o Comuna



La grafica representa que, de los 90 casos notificados, 29 personas refieren vivir en la comuna uno, seguido de 26 personas que residen en la comuna cuatro, 17 usuarios habitan en la comuna tres, 13 usuarios en la comuna dos, 3 personas en la ruralidad, 1 persona procedente de otro municipio y una que no aportó datos de geo-referenciación.

Grafica. Comportamiento de Casos de Autolesiones

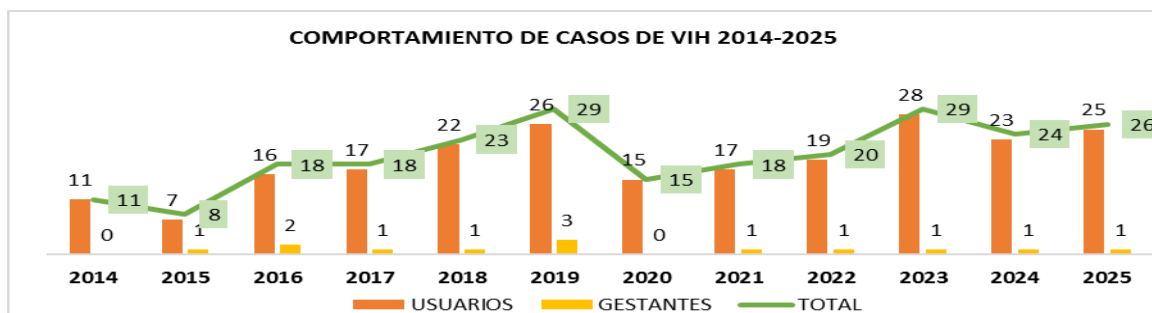


Esta grafica representa el comportamiento y reporte de casos de intento suicida o autolesiones desde la vigencia 2016 al 2025. En comparación con el año anterior 2024, donde se reportaron 81 eventos, se presentó un incremento de casos; con una línea de tendencia en ascenso.

5. Captación, canalización y reporte de casos nuevos de VIH 2025

Durante el periodo de enero a diciembre del 2025 se realiza diligenciamiento de base de datos de usuarios y usuarias captadas con VIH, incluyendo el proceso de asesoría pos test, entrega de resultados, diligenciamiento de fichas epidemiológicas de reporte obligatorio y activación de ruta de atención integral hacia los PROGRAMAS DE ATENCION INTEGRAL en la diferentes IPS prestadoras de servicios especializados.

Grafica. Comportamiento De Casos De VIH 2014-2025



Entre los meses de enero a diciembre captaron 26 usuarios nuevos con diagnostico positivo para VIH, una en estado de gestación (migrante). El 100% fueron canalizados para la atención integral, exámenes complementarios y TAR a través de al EAPB, los no asegurados reportados a SLS



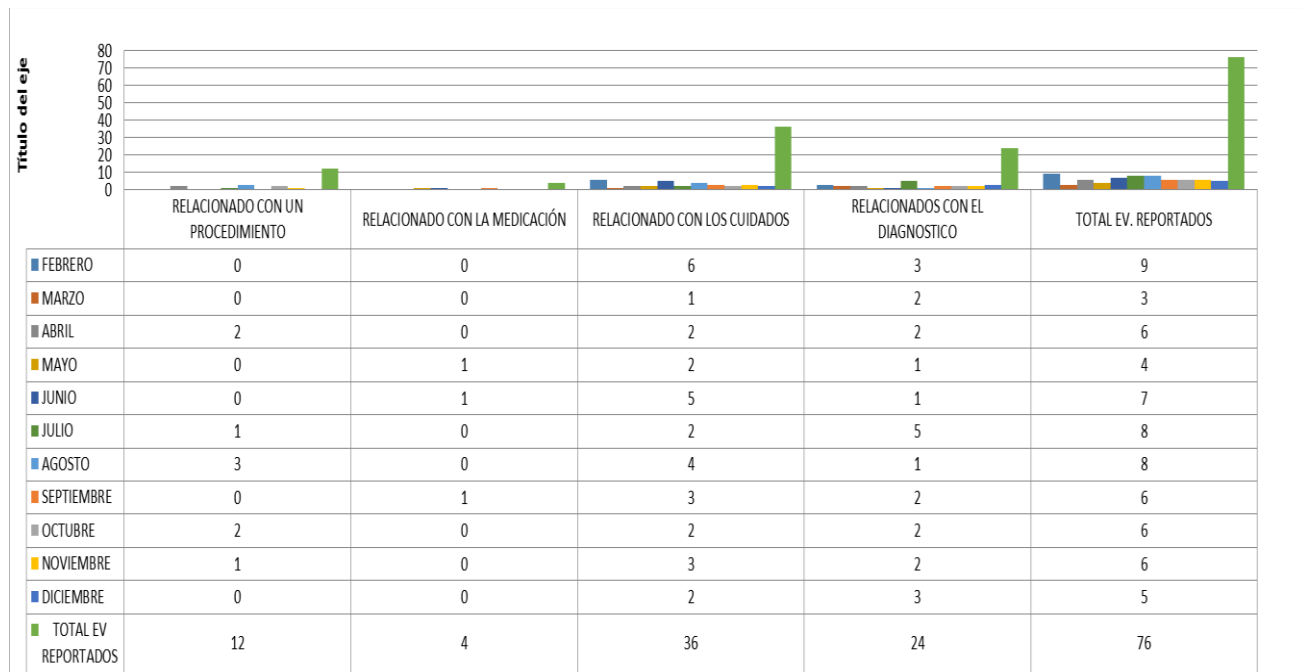
SEGURIDAD DEL PACIENTE

REPORTE DE EVENTOS CLINICOS

En el año 2025 hubo un total de 76 reportes de eventos clínicos en formato SP-020-011-001 versión 001, siendo clasificado así eventos adversos 10, incidentes 76 y acciones inseguras 6 analizados con el protocolo de Londres en los diferentes procesos misionales donde realizaron el reporte, para así realizar un plan de mejora dando seguimiento y control a cada uno de estos registrados de manera magnética y física.

Nota: los formatos **SP-020-011-001 Versión N° 001** diligenciados por cada reporte reposan en físico en carpeta como evidencia junto a su respectivo.

RELACIÓN DE LOS EVENTOS CLINICOS EN EL AÑO 2025



En el año 2025 de los reportes realizados por los diferentes procesos de la Institución se evidencia que los eventos que con mayor frecuencia reportan son los relacionados con cuidados 36, seguido de los relacionados con diagnósticos 24, relacionado con un procedimiento 12 y finalmente relacionados con administración de medicamentos 4.



CLASIFICACIÓN DE EVENTOS CLINICOS EN EL AÑO 2025

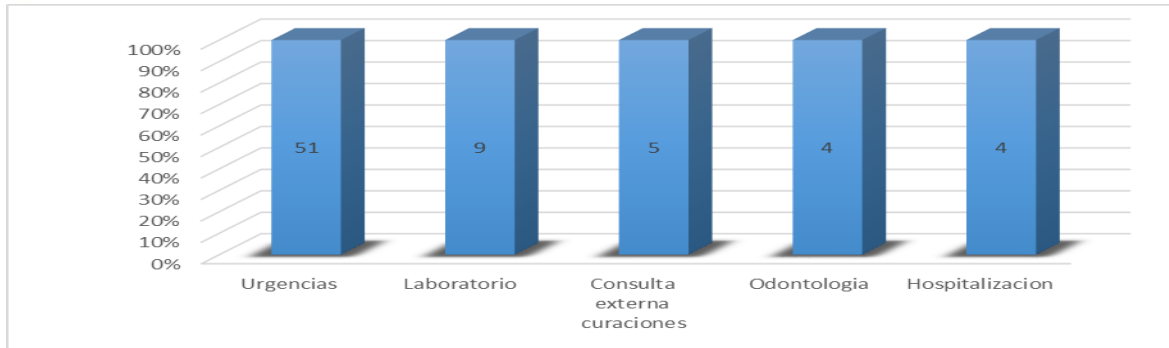
EVENTOS ADVERSOS	10
INCIDENTES	60
ACCIONES INSEGURAS	6
TOTAL	76



En el año 2025 se clasifican los eventos clínicos en eventos adversos, incidentes y acciones inseguras encontrando que 10 se clasifican como eventos adversos, 60 como incidentes y 6 acción insegura para un total de 76 eventos clasificados y analizados con el protocolo de Londres.

PROCESOS QUE REPORTARON EN EL AÑO 2025

Servicios que más reportan	Cantidad
Urgencias	51
Laboratorio	9
Consulta externa curaciones	5
Odontología	4
Hospitalización	4
Ayudas Diagnosticas	2



Durante el año 2025 se evidencia que el proceso que más cultura de reporte presenta es, urgencias con 51, seguido de laboratorio con 9, consulta externa curaciones con 5, odontología 4, hospitalización 4, y ayudas diagnosticas 2. Durante el año 2025 se ha capacitado frecuentemente en la cultura del reporte se crea un folleto informativo sobre eventos adversos, definición, clasificación, que reportar y en que formato realizarlo y auto reporte al personal de la institución con el fin de disminuir riesgo de que ocurra un evento adverso y realizar acciones correctivas y planes de mejora logrando un trabajo en equipo con los líderes de cada proceso.

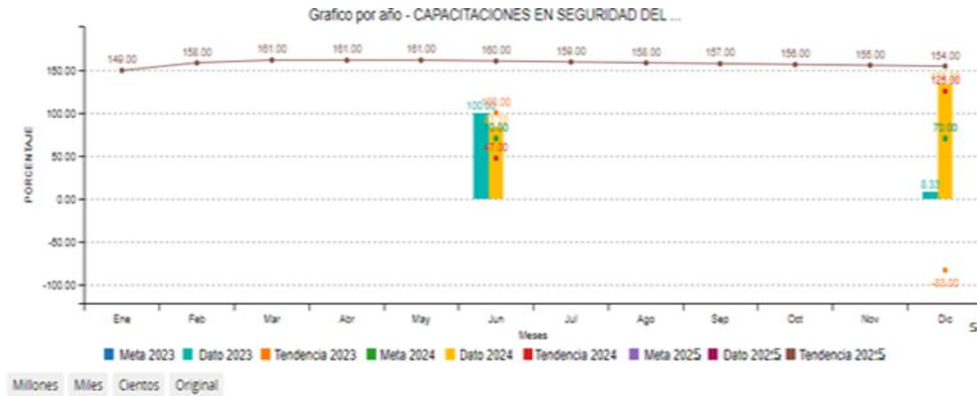
INDICADORES

El programa de Seguridad del Paciente tiene a su cargo la responsabilidad de 11 indicadores, 3 institucionales y 8 de la resolución 256 de 2016 del Ministerio de Salud, los cuales se alimentan mensualmente en la plataforma Daruma.

Nota: En la ficha de indicadores de calidad y el código de calidad y con los datos suministrados por el área de estadística del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo más la información recolectada en los reportes realizados y evidenciados por parte de la líder del proceso pertenecientes al mes anterior.

INDICADORES INSTITUCIONALES

CAPACITACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE (Indicador Semestral/institucional)



En este indicador se evidencia que la capacitación programada por parte del Programa de Seguridad del Paciente es semestral y se realiza al personal que labora en la institución

Enero	Administración Segura de Medicamentos y Ven punci3n.
Febrero	Protocolo de bioseguridad, protocolo de Electrocardiograma y socializaci3n consentimiento de actividades de
Marzo	Prevenci3n de caídas.
Abril	Metas y Polít3ca de Seguridad del Paciente - Humanizaci3n
Mayo	Jornada día Mundial Higiene de Manos, Sopa de Letras
Junio	Actitudes y habilidades que construyen u obstaculizan la comunicaci3n y Humanizaci3n
Julio	Cirugía Segura
Agosto	Manejo de Heridas
Septiembre	Semana de seguridad del paciente
Octubre	Día mundial lavado de manos
Noviembre	Autocuidado
Diciembre	Medicamentos Lassa y 10 correctos

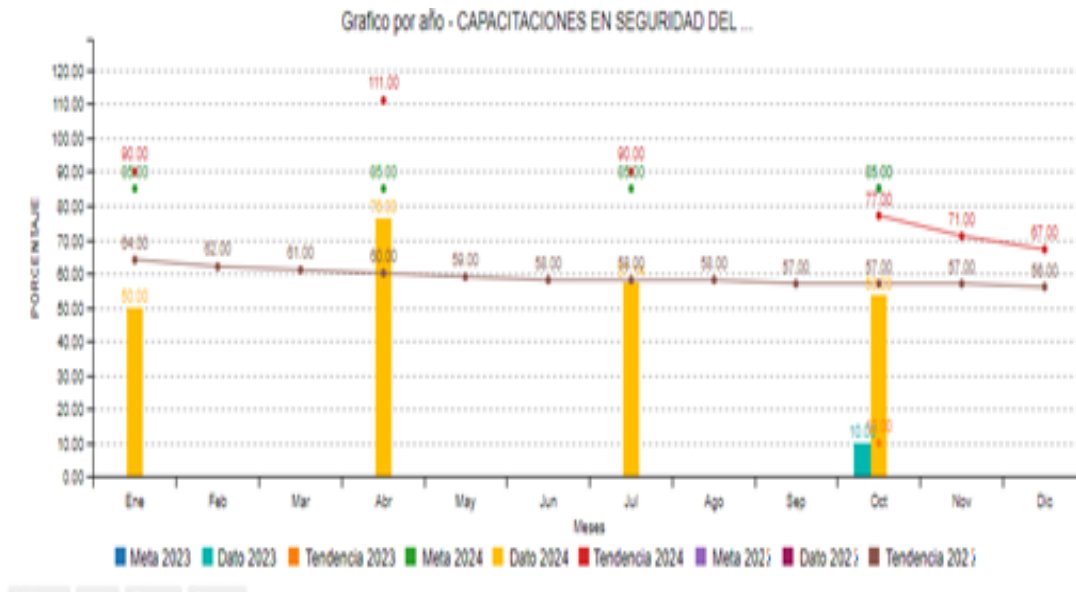
CAPACITACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN (Indicador trimestral/ Institucional)

Las capacitaciones programadas a todo el personal de la Institución en el tercer



trimestre del año 2025 se ha cumplido la meta nominal lo que indica que el personal de la institución ha recibido constantemente capacitaciones con respecto a seguridad del paciente tanto en el área administrativa como asistencial.

PORCENTAJE DE EVENTOS ADVERSOS (Indicador mensual/ Institucional)



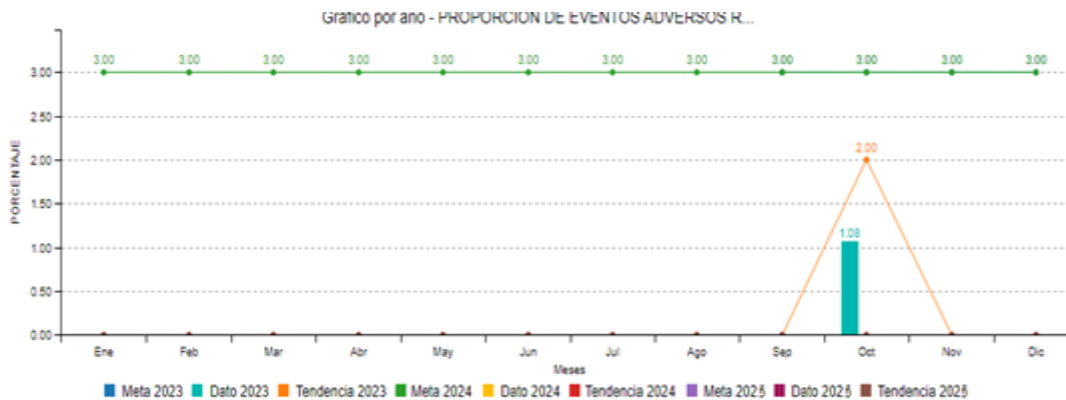
En este indicador se evidencia que todos los reportes de eventos clínicos notificados en el año 2025 donde se identifica una cultura del reporte, en la institución estos eventos son analizados con el protocolo de Londres, cada uno de estos con acciones de mejora estipuladas en los diferentes procesos donde realizaron el reporte, para crear el plan de mejora y seguimiento de este generando una adherencia a la política de seguridad del paciente.

Indicadores de la Resolución 256 de 2016



INDICADORES DE SEGURIDAD PACIENTE				2025												
FECHA : AÑO 2025				ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	Total Año
P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	Por 1000 días de estancia	7	Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
				Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.	125	134	141	165	219	173	187	198	136	142	142	137
P.2.7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	Por 1000 personas atendidas en urgencias	7	Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo.	0	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	6
				Total de personas atendidas en urgencias en el periodo	5561	4534	5222	5019	5522	5255	4077	4736	5914	4995	5047	5494
P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	Por 1000 personas atendidas en consulta externa	7	Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo.	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
				Total de personas atendidas en consulta externa	4072	3588	4008	3870	4233	3541	3521	3492	4787	4053	2775	3877
P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Por 1000 personas atendidas en Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	7	Número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica que sufren caídas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				Total de personas atendidas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.	13030	11655	13647	14728	16215	14194	15201	14782	14206	15021	11253	14169
P.2.10	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Por 100 (%)	3	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				Total de egresos de hospitalización	59	60	41	68	77	71	70	54	51	47	61	51
P.2.11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Por 100 (%)	3	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias.	1	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	6
				Total de personas atendidas en urgencias.	5561	4534	5222	5019	5522	5255	4077	4736	5914	4995	5047	5494
P.2.12	Tasa de flebitis asociada a catéter venoso	Por 100(%)# días con catéter venoso periférico	6	Número total de Pacientes con flebitis en el periodo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				Sumatoria de días de estancia de los pacientes en el periodo.	125	134	141	165	219	173	187	198	136	142	142	137
P.2.13	Tasa de úlceras por presión	Por 1000 días paciente	7	Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización	125	134	141	165	219	173	187	198	136	142	142	137

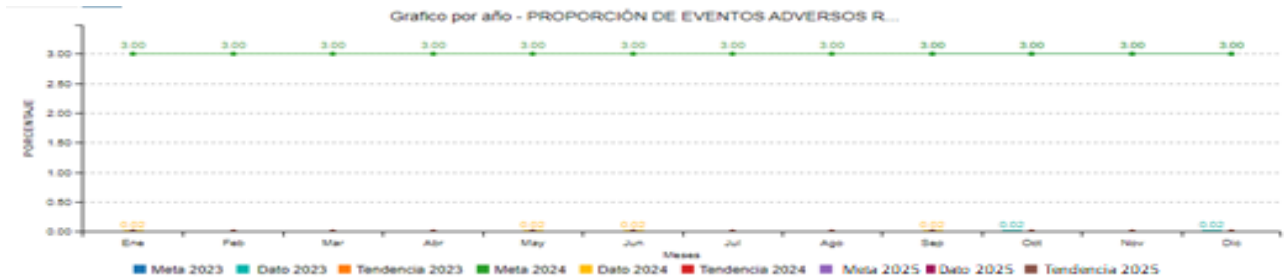
PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACIÓN (Indicador Mensual/Resolución 256)



En este indicador no se evidencia reportes de eventos relacionados por administración de medicamentos en el año 2025 se analizaron con el protocolo de Londres y en compañía de líder de enfermería y como plan de mejora se empleó capacitación sobre administración de medicamentos y venopunción donde se actualiza y se retroalimenta al personal de enfermería y así evitar repetir eventos clínicos de esta índole, se crea lista de chequeo que se aplica en los servicios de urgencias, hospitalización, cirugía y vacunación cada semestre y posterior se mide adherencia a guía de administración de medicamentos

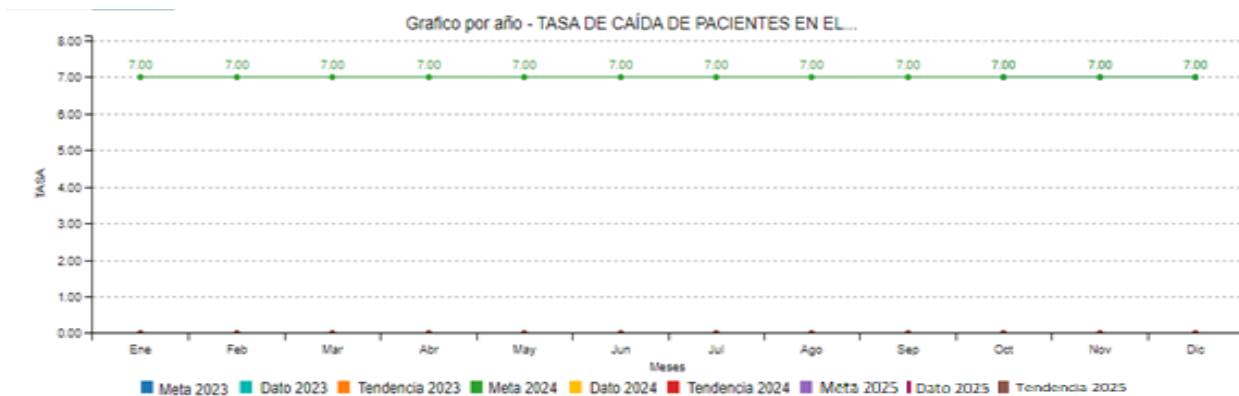


PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN URGENCIAS (Indicador Mensual/Resolución 256)



En este indicador se evidencia 4 reportes de eventos relacionados con la administración de medicamentos en el año 2025 los cuales se analizaron con el protocolo de Londres ,en trabajo en equipo con líder de enfermería se actualiza guía de administración de medicamentos se socializa al personal de enfermería y posterior se socializa por medio de capacitaciones exponentes enfermeras profesionales y se realiza plan de mejora con el fin de retroalimentar y actualizar al personal de enfermería y así evitar repetir eventos clínicos de esta índole se evalúa sobre 10 correctos y medicamentos lasa , se colocaron tableros informativos de los 10 correctos en los diferentes servicios donde administran medicamentos y se aplica lista de chequeo para evaluar adherencia al protocolo cada semestre .

TASA DE CAÍDAS DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA (Indicador Mensual/Resolución 256)

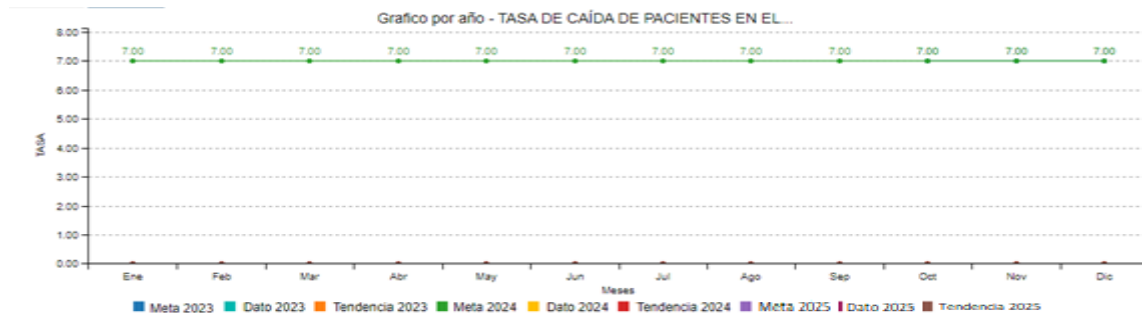




En el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica no se presentaron reportes de eventos relacionados por caídas de pacientes en el año 2025.

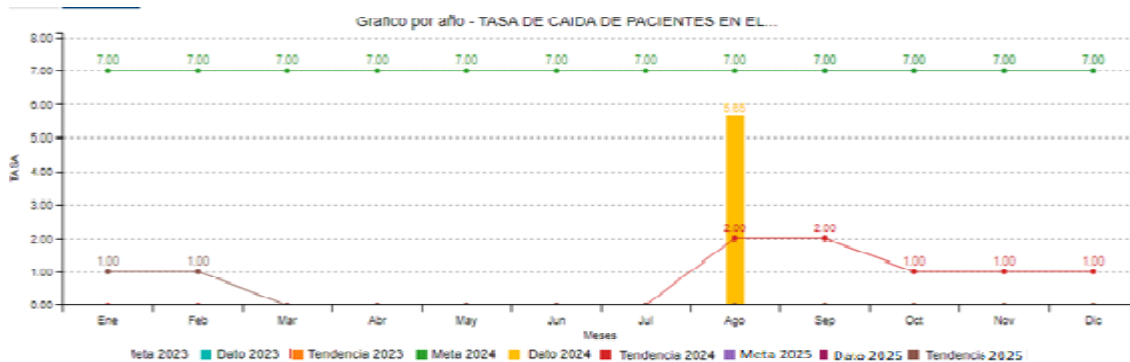
TASA DE CAÍDAS DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

Indicador Mensual/Resolución 256)



En el servicio de consulta externa hubo 1 reporte de eventos relacionado por caídas de pacientes en el año 2025, por lo cual se crea lista de chequeo de caídas, se solicita a líder de mantenimiento colocar timbres de llamado, barandas, piso antideslizante en baños de consulta externa, tener en cuenta que los adultos mayores y los menores y discapacitados deben permanecer con acompañante permanente, los pisos deben estar secos y con señalización en caso de estar húmedos.

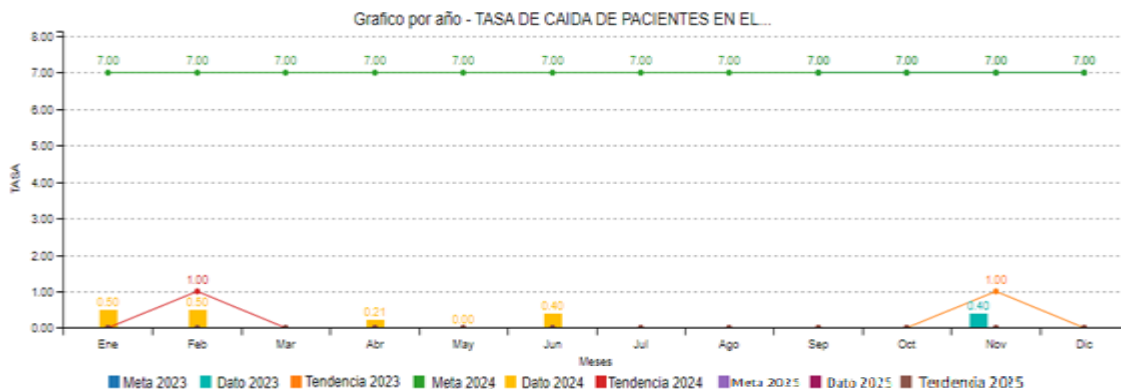
TASA DE CAÍDAS DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN (Indicador Mensual/Resolución 256)





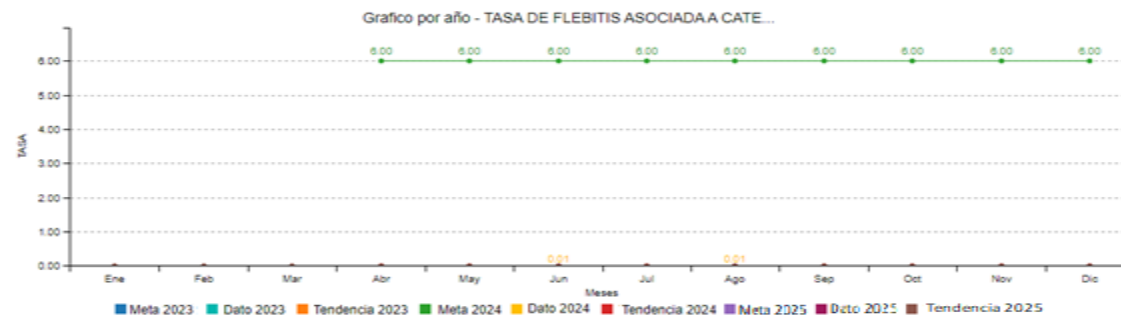
En el año 2025 se presenta un reporte de evento por caída en el servicio de Hospitalización por lo cual se realizó la lista de chequeo de caídas con entrega de folleto de caídas, se realiza atención médica inmediata, está en proceso de colocación timbres de llamado, barandas, cinta antideslizante en los baños como acción de mejora.

TASA DE CAÍDAS DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (Indicador Mensual/Resolución 256)



En el año 2025 en el servicio de Urgencias se presentaron 7 reportes de eventos relacionados con caídas en los meses de enero(2) , febrero(2), abril , mayo y junio se realiza una acción de mejora se socializa el protocolo de prevención de caídas ajustado y actualizado se crea lista de chequeo , folleto de prevención de caídas, se indica la escala de Downton para ser diligenciada en el hosvital el cuidado de los pacientes es una responsabilidad compartida entre el personal asistencial y su núcleo familiar, se solicita a líder de mantenimiento colocación de timbres los cuales fueron instalados en los tres baños de observación urgencias está en proceso barandas , cinta antideslizante en pisos , mantener los pisos secos y con señalizadores si están húmedos .

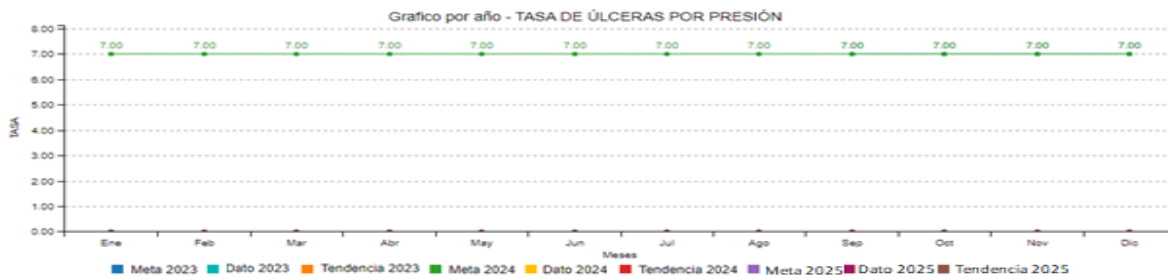
TASA DE FLEBITIS ASOCIADA A CATÉTER VENOSO (Indicador Mensual/Resolución 256)





En el año 2025 se presentaron 2 reportes por flebitis asociado a catéter venoso en el servicio de hospitalización en los meses de junio y agosto por lo cual se realiza retroalimentación a líder de enfermería y al personal a cargo, está en proceso cotización con proveedor fijador que permita visualizar el estado de la venopunción y así realizar curación de esta, como acción de mejora.

TASA DE ULCERAS POR PRESIÓN (Indicador Mensual/Resolución 256)



En este indicador no presentaron reportes en el año 2025 es un hospital de baja complejidad lo que nos indica que los Usuarios que acuden a el servicio de urgencias y de hospitalización no están mayor a 4 días de estancia no tienen ningún tipo de limitación dentro de la escala de Norton y dado el eventual caso de atención a un usuario comprometido funcionalmente tenemos como método de evitar estos eventos.

Se instalan letreros en los cubículos de cada paciente en urgencias y en hospitalización empleando la técnica de reloj en movimiento, que consiste en cambiar de posición al usuario cada dos horas en la camilla para así evitar las Ulceras por Presión y los demás cuidados de enfermería.



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

III. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA



Valor Facturado Y Radicado 2025

FACTURADO	2024	2025
Valor Facturado	\$ 25.160.065.713	\$ 25.518.392.877
		1,42%

RADICADO	2024	2025
Valor Radicado	\$ 24.883.451.290	\$ 24.362.648.281
		-2,09%

Radicado vs Facturado	98,90%	95,47%
-----------------------	--------	--------

Durante la vigencia 2024, la entidad radicó el 98,90% de lo facturado, mientras en el 2025 radicó el 95,47%. Lo anterior evidencia que la entidad durante el 2025 presentó un comportamiento más deficiente en su proceso de radicación.

Adicionalmente, durante el 2025 se observa desequilibrio en el crecimiento presentado por cada concepto, creciendo a mayor velocidad el valor facturado que lo correspondiente al radicado, así las cosas, mientras en la vigencia 2025, la facturación realizada creció en un 1,42% el valor radicado por la entidad disminuyó en un 2,09% respecto al año inmediatamente anterior.

Valor Radicado y Recaudado 2025

RADICADO	2024	2025
Valor Radicado	\$ 24.883.451.290	\$ 24.362.648.281
		-2,09%

RECAUDO	2024	2025
Venta de Servicios Actual y Anterior	\$ 17.844.272.192	\$ 15.109.424.797
		-15,33%

Recaudo vs Radicado	71,71%	62,02%
---------------------	--------	--------

Durante la vigencia 2024, la entidad recaudó el 71,71% de lo radicado, mientras en el 2025 recaudó el 62,02%, en otras palabras, mientras la radicación disminuye en un 2,09% durante la vigencia 2025, el recaudo disminuyó en un 15,33%

Adicionalmente, durante el 2025 se observa desequilibrio en el crecimiento presentado por cada concepto, creciendo a mayor velocidad el valor facturado que lo correspondiente al radicado, así las cosas, mientras en la vigencia 2025, la facturación realizada creció en un 1,42% el valor radicado por la entidad disminuyó en un 2,09% respecto al año inmediatamente anterior.

Lo anterior, ha generado un crecimiento considerable de las cuentas por cobrar por la prestación del servicio de salud del 23,97%.



CUENTAS POR COBRAR	2024	2025
Cartera Radicada	\$ 8.806.474.085	\$ 10.917.159.257
		23,97%

VALOR FACTURADO, RADICADO Y RECAUDO POR LAS PRINCIPALES EAPB

Valor Facturado

NOMBRE EAPB	VALOR FACTURADO 2024	VALOR FACTURADO 2025	VARIACIÓN PORCENTIAL	PART %
Nueva EPS	\$ 4.221.750.641	\$ 4.511.080.329	6,85%	17,68%
EPS Sura	\$ 277.309.045	\$ 295.885.691	6,70%	1,16%
EPS Sanitas	\$ 372.659.123	\$ 421.725.073	13,17%	1,65%
AsmetSalud EPS	\$ 9.583.593.943	\$ 9.042.871.729	-5,64%	35,44%
Salud Total EPS	\$ 603.751.994	\$ 501.682.109	-16,91%	1,97%
SOS EPS	\$ 1.315.701.267	\$ 1.451.799.724	10,34%	5,69%
Otras EAPB	\$ 8.785.299.700	\$ 9.293.348.223	5,78%	36,42%
TOTAL	\$ 25.160.065.713	\$ 25.518.392.877	1,42%	100,00%

Durante la vigencia 2025, se facturó por venta de servicios de salud \$25.518.392.877 con un crecimiento del 1,42% respecto al 2024. La principal EAPB es AsmetSalud con una participación del 35,44% de lo facturado, seguida de Nueva EPS con un 17,68% y en un tercer lugar SOS EPS con un 5,69%. Lo anterior evidencia un riesgo desde el punto de vista financiero ya que aproximadamente el 60% de la facturación de la entidad es de EAPB que se encuentran en la actualidad en intervención por parte del Gobierno Nacional. El crecimiento en el valor facturado de la vigencia 2025 está apalancado principalmente por el crecimiento del valor facturado a Nueva EPS y SOS EPS.

Valor Radicado

NOMBRE EAPB	VALOR RADICADO 2024	VALOR RADICADO 2025	VARIACIÓN PORCENTIAL	PART %
Nueva EPS	\$ 4.188.656.288	\$ 3.655.887.663	-12,72%	15,01%
EPS Sura	\$ 278.287.253	\$ 289.605.858	4,07%	1,19%
EPS Sanitas	\$ 381.977.626	\$ 438.694.548	14,85%	1,80%
AsmetSalud EPS	\$ 9.657.300.534	\$ 9.109.048.097	-5,68%	37,39%
Salud Total EPS	\$ 635.113.778	\$ 517.246.205	-18,56%	2,12%
SOS EPS	\$ 1.316.287.978	\$ 1.438.309.542	9,27%	5,90%
Otras EAPB	\$ 8.425.827.833	\$ 8.913.856.368	5,79%	36,59%
TOTAL	\$ 24.883.451.290	\$ 24.362.648.281	-2,09%	100,00%

Durante la vigencia 2025, se radicó por venta de servicios de salud \$24.362.648.281 con una disminución del 2,09% respecto al 2024. La principal EAPB es AsmetSalud con una participación del 37,39% de lo radicado, seguida de Nueva EPS con un 15,01% y en un tercer lugar SOS EPS con un 5,90%. Lo anterior evidencia un riesgo desde el punto de vista financiero ya que aproximadamente el 60% de la radicación de la entidad es de EAPB que se encuentran en la actualidad en intervención por parte del Gobierno Nacional. En el caso de Nueva EPS, pese al crecimiento en el valor facturado se presentó una disminución considerable en el valor radicado.



NOMBRE EAPB	VALOR RECAUDO 2024	VALOR RECAUDO 2025	VARIACIÓN PORCENTIAL	PART %
Nueva EPS	\$ 3.555.238.282	\$ 2.572.946.499	-27,63%	17,03%
EPS Sura	\$ 272.909.362	\$ 211.253.206	-22,59%	1,40%
EPS Sanitas	\$ 348.006.872	\$ 244.565.962	-29,72%	1,62%
AsmetSalud EPS	\$ 9.858.218.778	\$ 8.677.155.943	-11,98%	57,43%
Salud Total EPS	\$ 586.372.265	\$ 479.376.222	-18,25%	3,17%
SOS EPS	\$ 1.297.492.270	\$ 1.079.174.352	-16,83%	7,14%
Otras EAPB	\$ 1.926.034.363	\$ 1.844.952.613	-4,21%	12,21%
TOTAL	\$ 17.844.272.192	\$ 15.109.424.797	-15,33%	100,00%

El valor recaudado presentó una disminución del 15,33%; en términos generales todas las entidades responsables de pago disminuyeron los giros a la entidad, principalmente Nueva EPS y Sanitas EPS. Todo lo anterior ocasionó el crecimiento de las Cuentas por Cobrar por venta de servicios de salud, pasando \$8.806.474.085 en el 2024 a \$10.917.159.257 en el 2025.

NOMBRE EAPB	CUENTAS POR COBRAR 2024	CUENTAS POR COBRAR 2025	VARIACIÓN PORCENTIAL	PART %
Nueva EPS	\$ 1.902.660.325	\$ 2.753.624.340	44,72%	25,22%
EPS Sura	\$ 43.603.105	\$ 104.285.399	139,17%	0,96%
EPS Sanitas	\$ 79.382.537	\$ 165.220.207	108,13%	1,51%
AsmetSalud EPS	\$ 3.372.611.819	\$ 3.734.654.553	10,73%	34,21%
Salud Total EPS	\$ 126.919.114	\$ 122.187.440	-3,73%	1,12%
SOS EPS	\$ 360.555.156	\$ 602.710.254	67,16%	5,52%
Otras EAPB	\$ 2.920.742.029	\$ 3.434.477.063	17,59%	31,46%
TOTAL	\$ 8.806.474.085	\$ 10.917.159.257	23,97%	100,00%

En la vigencia 2025, respecto al valor radicado, podemos observar que las EAPB mejor pagadoras es Asmetsalud y Salud Total; mientras Nueva EPS y Sanitas EPS son las más incumplidas en sus compromisos de pago.

NOMBRE EAPB	Radicado vs Pagado	
	2024	2025
Nueva EPS	84,88%	70,38%
EPS Sura	98,07%	72,95%
EPS Sanitas	91,11%	55,75%
AsmetSalud EPS	102,08%	95,26%
Salud Total EPS	92,33%	92,68%
SOS EPS	98,57%	75,03%
Otras EAPB	22,86%	20,70%
TOTAL	71,71%	62,02%



EJECUCIÓN PRESUPUESTAL AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025

CONCEPTO INGRESO	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECONOCIMIENTO	% Pres Def	RECAUDO	Reca / Reco
DISPONIBILIDAD INICIAL	\$ 9.690.955.911	\$ 9.690.955.911	100,00%	\$ 9.690.955.911	100,00%
RECURSOS PROPIOS	\$ 32.143.385.541	\$ 27.424.163.213	85,32%	\$ 20.940.188.828	76,36%
Venta de Servicios de Salud	\$ 27.653.678.561	\$ 23.872.054.587	86,33%	\$ 17.388.335.679	72,84%
Cuentas por Cobrar Vigencia Anterior	\$ 4.427.763.542	\$ 3.421.192.823	77,27%	\$ 3.421.192.823	100,00%
Otros Ingresos	\$ 50.943.438	\$ 92.095.686	180,78%	\$ 91.840.209	99,72%
Recursos de Capital	\$ 11.000.000	\$ 38.820.118	352,91%	\$ 38.820.118	100,00%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	\$ 25.588.372.431	\$ 25.508.382.516	99,69%	\$ 15.155.523.993	59,41%
Subsidio a la oferta	\$ 606.335.562	\$ 611.516.314	100,85%	\$ 605.452.959	99,01%
Ministerio - Adquisición Ambulancia	\$ 219.009.629	\$ 219.009.629	100,00%	\$ 219.009.629	100,00%
Ministerio - APS	\$ 5.777.967.700	\$ 5.692.797.033	98,53%	\$ 5.692.797.033	100,00%
Ministerio Hacienda - Reintegro Bonos	\$ 170.396.668	\$ 170.396.668	100,00%	\$ 170.396.668	100,00%
Ministerio - Adecuación Puesto Salud	\$ 267.867.704	\$ 267.867.704	100,00%	\$ 267.867.704	100,00%
Municipio - Nuevo Hospital	\$ 18.546.795.168	\$ 18.546.795.168	100,00%	\$ 8.200.000.000	44,21%
TOTAL INGRESOS	\$ 67.422.713.883	\$ 62.623.501.640	92,88%	\$ 45.786.668.733	73,11%

Al 31 de diciembre de 2025 la entidad ha reconocido ingresos por \$62.623.501.640 millones que representan el 92,88% de lo presupuestado y ha recaudado el 73,11% de lo reconocido que equivalen a un recaudo de \$45,786,668,733. La tabla anterior refleja como la E.S.E. Hospital La Buena Esperanza de Yumbo al 31 de diciembre de 2025 por cada \$100 reconocidos en el presupuesto de ingresos se logró recaudar \$73.

En la venta de servicios de salud de la vigencia, se ha reconocido el 86,33% de lo presupuestado y se ha recaudado el 72,84% de dicho reconocimiento.

El comportamiento presupuestal de la venta de servicios de la vigencia es fundamental desde el punto de vista financiero para la entidad, ya que esta representa el 87% de su estructura de ingresos por recursos propios, seguido del recaudo por recuperación de cuentas por cobrar que ascendió a la suma \$3.421.192.823. En la venta de servicios de salud al 31 de diciembre de 2025 por cada \$100 reconocidos se logró recaudar \$73.

CONCEPTO INGRESO	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECONOCIMIENTO	% Pres Def	RECAUDO	Reca / Reco
VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	\$ 27.653.678.561	\$ 23.872.054.587	86,33%	\$ 17.388.335.679	72,84%
Régimen Subsidiado	\$ 15.420.595.292	\$ 13.608.168.876	88,25%	\$ 10.164.808.833	74,70%
Régimen Contributivo	\$ 4.692.354.644	\$ 3.888.376.618	82,87%	\$ 2.211.585.406	56,88%
Seguro Obligatorio Accidentes de Tránsito	\$ 857.320.997	\$ 1.228.887.737	143,34%	\$ 492.912.232	40,11%
ADRES	\$ -	\$ 222.674.922	100,00%	\$ 535.650	0,24%
Particulares	\$ 419.052.184	\$ 120.661.293	28,79%	\$ 120.661.293	100,00%
Otras IPS	\$ 48.757.589	\$ 23.169.980	47,52%	\$ 18.351.630	79,20%
Otras Entidades	\$ 3.922.142.649	\$ 2.492.659.955	63,55%	\$ 2.092.025.429	83,93%
Plan de Intervenciones Colectivas PIC	\$ 870.531.567	\$ 870.531.567	100,00%	\$ 870.531.567	100,00%
Atención Primaria en Salud APS	\$ 1.242.894.180	\$ 1.236.894.180	99,52%	\$ 1.236.894.180	100,00%
Certificaciones Discapacidad Ministerio	\$ 180.029.459	\$ 180.029.459	100,00%	\$ 180.029.459	100,00%



Si se analiza específicamente la venta de servicios de salud de la vigencia, se dejó de reconocer aproximadamente \$3.781.623.974 del presupuesto definitivo (13,67% sin ejecutar). De lo reconocido, solo se recaudó el 72,84%, lo que evidencia una brecha y crecimiento importante de cuentas por cobrar por servicios de salud, se generaron \$6.483.718.908 de CxC.

El 57% de los ingresos por venta de servicios de la vigencia actual, está representado por las ventas al Régimen Subsidiado, del cual al 31 de diciembre de 2025 se ha reconocido ingresos por \$13.608.168.876 para un porcentaje de ejecución del 88,25% y ha recaudado el 74,70% de lo reconocido que equivalen a un recaudo de \$10.164.808.833.

La venta por servicios de salud del Régimen Contributivo representa el 16,29% de los ingresos y al 31 de diciembre de 2025 se ha reconocido ingresos por \$3.888.376.618 millones para un porcentaje de ejecución del 82,87% y solamente se ha recaudado el 56,88% de lo reconocido que equivalen a un recaudo de \$2.211.585.406.

Otro concepto de vital importancia en la estructura de ingresos es la venta por servicios de salud por Otras Entidades de Salud que representa el 10,44% de los ingresos y al 31 de diciembre de 2025 se ha reconocido ingresos por \$2.492.659.955 para un porcentaje de ejecución del 63,55% y se ha recaudado el 83,93% de lo reconocido que equivalen a un recaudo de \$2.092.025.429.

Otro concepto importante es el correspondiente al Plan de Intervenciones Colectivas PIC con una ejecución de \$870.531.567 en lo reconocido y recaudado.

Adicionalmente, durante la vigencia se recibieron recursos por transferencias por subsidio a la oferta por valor de \$605.452.959 por parte del Departamento del Valle; Recursos del Ministerio de Salud y Protección Social para la adquisición de una ambulancia por la suma de \$219.009.629; recursos por valor de \$5.692.797.033 para la ejecución de grupos rurales y urbanos de Atención Primaria en Salud APS, y \$267.867.704 para la adecuación del Puesto de Salud. Adicionalmente se recibió un reintegro de bonos pensionales por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público por la suma de \$170.396.668.

Por último, se recibió transferencias del Municipio de Yumbo por la suma de \$8.200.000.000 para la construcción del Nuevo Hospital.

CONCEPTO GASTO	PRESUPUESTO DEFINITIVO	COMPROMETIDO	% Pres Def	OBLIGADO	% Pres Def	PAGADO	% Pres Oblig
Gasto de Funcionamiento	\$ 10.676.481.264	\$ 8.359.071.874	78,29%	\$ 8.359.071.874	78,29%	\$ 7.040.947.533	84,23%
Servicio de la Deuda Pública	\$ -	\$ -	0,00%	\$ -	0,00%	\$ -	0,00%
Inversión	\$ 29.549.061.948	\$ 28.837.389.536	97,59%	\$ 28.837.389.536	97,59%	\$ 18.175.980.222	63,03%
Gasto de Operación Comercial	\$ 27.197.170.672	\$ 22.040.698.264	81,04%	\$ 22.040.698.264	81,04%	\$ 18.108.800.355	82,16%
TOTAL GASTOS	\$ 67.422.713.883	\$ 59.237.159.674	87,86%	\$ 59.237.159.674	87,86%	\$ 43.325.728.109	73,14%



En lo referente al gasto presupuestal, al 31 de diciembre de 2025 la E.S.E. Hospital La Buena Esperanza de Yumbo presenta un porcentaje de ejecución del gasto comprometido y obligado del 87,86% y canceló el 73% de sus obligaciones.

Se presenta bajo porcentaje de ejecución presupuestal de los pagos, debido a que a la fecha corte, se obligó el recurso por la ejecución de la construcción del nuevo hospital, pero no se ha realizado el pago respectivo debido a la no terminación de la obra de acuerdo con el cronograma establecido.

INDICADOR EQUILIBRIO PRESUPUESTAL	2025
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,06
Equilibrio presupuestal con recaudo	0,77

El equilibrio presupuestal es un indicador financiero que refleja el equilibrio entre los ingresos y los gastos, con el fin de evidenciar la generación de endeudamiento. Frente al reconocimiento (facturado) la entidad al 31 de diciembre de 2025 presenta equilibrio presupuestal, ya que el gasto obligado fue inferior al ingreso reconocido, por cada \$100 obligados en el gasto, se reconocieron \$106 en el ingreso.

Adicionalmente, frente al recaudo no se presenta equilibrio presupuestal, ya que el gasto obligado fue inferior al ingreso recaudado, por cada \$100 obligados en el gasto, se recaudaron \$77.

Resultado Presupuestal Vigencia 2025

RESULTADO PRESUPUESTAL CON RECONOCIMIENTO	
Reconocido	\$ 62.623.501.640
- Comprometido y Obligado	\$ 59.237.159.674
Superavit Presupuestal Reconocimiento	\$ 3.386.341.966

RESULTADO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	
Recaudo	\$ 50.098.801.312
- Comprometido y Obligado	\$ 59.237.159.674
Deficit Presupuestal Recaudo	-\$ 9.138.358.362

RESULTADO FLUJO DE CAJA PRESUPUESTAL	
Recaudo	\$ 50.098.801.312
- Pagos	\$ 43.325.728.109
Flujo de Caja	\$ 6.773.073.203



Desde el punto de vista del reconocimiento, la entidad presenta superávit, los ingresos reconocidos superan las obligaciones en un 5,4% aproximadamente, con un superávit de \$3.386.341.966, es decir, presupuestalmente la vigencia es superavitaria en reconocimiento; pero en términos de efectivo real ingresado, no se logró cubrir las obligaciones, existe una brecha de financiación cercana al 15,4% del total comprometido ya que se generó un déficit de \$9.138.358.362. Aunque hay déficit presupuestal en recaudo, el flujo de caja es positivo en \$6.773.073.203 ya que se recaudaron \$50.098.801.312 y se cancelaron \$43.325.728.109, no se pagó la totalidad de lo obligado y se mantiene liquidez disponible al cierre de la vigencia.

PLAN BIENESTAR

El plan de Bienestar Social, Estímulos e Incentivos contiene los siguientes programas:

Programas	Actividades	Programación
Programa de Educación Formal y No Formal	Auxilio Educativo Básica primaria, secundaria, media o educación superior (técnico, tecnológico y universitario), para hijos y cónyuge de empleados públicos y trabajadores oficiales	Junio a Julio
Promoción y Prevención	Seguimiento Plan Nutricional	Octubre
Actividades Deportivas	Yincana –Torneo de tejo – Torneo de sapo	Octubre
Programas Recreativos	Actividad de Fin de Año	Diciembre
Promoción y Prevención	Salud Visual	Septiembre a Octubre
Programas Artísticos y Culturales	Celebración de Cumpleaños	Trimestral (Abril; Julio, Octubre, Dic)
Programas Recreativos	Actividad Integración familiar	Octubre

Actividades Desarrolladas:

- **Programas Artísticos y Culturales:** Celebración de cumpleaños:



En cumplimiento a uno del componente Institucional definido en el Plan de Bienestar Estímulos e Incentivos vigencia 2025, como lo es Programa Artístico y cultural dirigido al personal de la institución el cual dentro su actividad corresponde a la celebración de los cumpleaños.

Para esta actividad se ha programado la celebración del cumpleaños correspondiente a los meses de Enero; Febrero y marzo para el **martes 29 de abril del año en curso a las 8:30 Am en el auditorio de la institución.**

ENERO	NOMBRE DE EMPLEADO
2	Trujillo Serna Diego Alexander
4	Rengifo Cárdenas Yhina Xiomara
5	Rivera Zapata Karen Yelany
5	Rodallega Cuero Eliana
7	Valencia Otálora Diana Marcela
8	Montoya Ramos Carlos Andres
15	Cárdenas Cifuentes Jesús Alberto
16	Agudelo Pabon Zandra Liliana
20	Lenis Yopez Catherine
22	Jaramillo Benavides Jose Ángel
28	García Zapata Dany Sofía
FEBRERO	
3	Méndez Muñoz Lina María
4	Alvarado Pachon Mario
4	Padilla Morales Alba Aydee
10	Cabal Ordoñez Maria Cecilia
11	Hoyos Puente Sandra Marcela
14	Otero Muñoz Guillermo León
23	González Rivas Edna Roció
25	Galindez Galindez Piedad Maite



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

MARZO

4	Noriega Camacho William Alonso
5	Candelo Sepúlveda Arley
18	Alvear Arce Dary Yuliana
24	Guerrero Moreno Uriel Ángel
25	Jojoa Jojoa María Aleyda
31	Bejarano Alarcón Astrid Alicia





En cumplimiento a uno del componente Institucional definido en el Plan de Bienestar Estímulos e Incentivos vigencia 2025, como lo es Programa Artístico y cultural dirigido al personal de la institución el cual dentro su actividad corresponde a la celebración de los cumpleaños.

Para esta actividad se ha programado la celebración del cumpleaños correspondiente a los meses de Abril; mayo y junio para **Miércoles 25 de Junio del año en curso a las 9:00 Am en el auditorio de la institución.**

ABRIL	NOMBRE DEL EMPLEADO
8	Sepúlveda López Diana Yisela
11	Restrepo Serna Carolina
12	Joaqui Ordoñez Wilber
27	Correa Velásquez Franque Elina
MAYO	
3	Montenegro Castañeda Natalia
8	Velásquez Echeverry Julián A
10	Guevara Cárdenas Maria Angelica
13	Puente Espinosa Nilson Andrey
14	Avendaño Barón Maira Alejandra
27	Hoyos Joaqui Mesías
30	Mancilla Soler Harold Fernando
JUNIO	
1	Dorado Guerrero Juan Diego
2	Campo Betancourt Claudia Patricia
2	Rendón Rendón Alcira
9	Chaguendo Bejarano Carlos Mario
11	Mancilla Osorio Jackson Antonio
13	Andrade García Anyela María
13	Oliveros Paz Marina Eunice
17	Daza Vergara Ferney



En cumplimiento a uno del componente Institucional definido en el Plan de Bienestar Estímulos e Incentivos vigencia 2025, como lo es Programa Artístico y cultural dirigido al personal de la institución el cual dentro su actividad corresponde a la celebración de los cumpleaños.

Para esta actividad se ha programado la celebración del cumpleaños correspondiente a los meses de **Julio, Agosto y septiembre**, se celebró el Miercoles 15 de Octubre del año en curso a las 9:00 Am en el auditorio de la institución.



SC 4469-1



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

JULIO

DIA

Padilla De Narváez Luz Stella	1
Lopez Lopez Diana Carolina	9
Serna Buendia Christian Ramiro	16
Sanchez Alcalde Claudia Jimena	20
Silva Camacho Hebert Leonardo	21
Sepulveda Marisol	25
AGOSTO	Dia
Sanchez Olave Oscar Fernando	1
Quiroga Yepes Claudia Patricia	9
Villarreal Torres Liliana Amparo	15
Atias Lerma María Belen	16
Gomez Maria Deycely	20
SEPTIEMBRE	Dia
Buitrago Largo Adriana Lucia	1
Sepulveda Calle Victor Hugo	1
Meneses Chavez Lida Mayeli	11
Barona Maria Alexandra	19
Escobar Materon Natalia Maryeni	20
Yusty Valencia Diego Fernando	21
Escobar Aramburo Maria Fernanda	24
Ramos Sierra Carlos Fernando	28
Cano Cano Norberto de Jesús	30





Para esta actividad se ha programado la celebración del cumpleaños correspondiente a los meses de **octubre, noviembre y diciembre**, se celebró el jueves 18 de diciembre del año en curso a las 9:00 Am en el auditorio de la institución

OCTUBRE	DIA
Caceres Chavez Sandra Karina	24
Castillo Arenas Eduard Alexander	2
Gomez Luna Silvio Raul	6
Grisales Osorio Gloria Sulay	6
Moreno Lopez Hugo Orlando	15
Polanco Rodriguez Gustavo	16
Ramos Mondragon Lina Marcela	14
Sanchez Cardenas Maria Alejandra	13
Zuleta Usma Carlos Eduardo	11



SC 4469-1



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

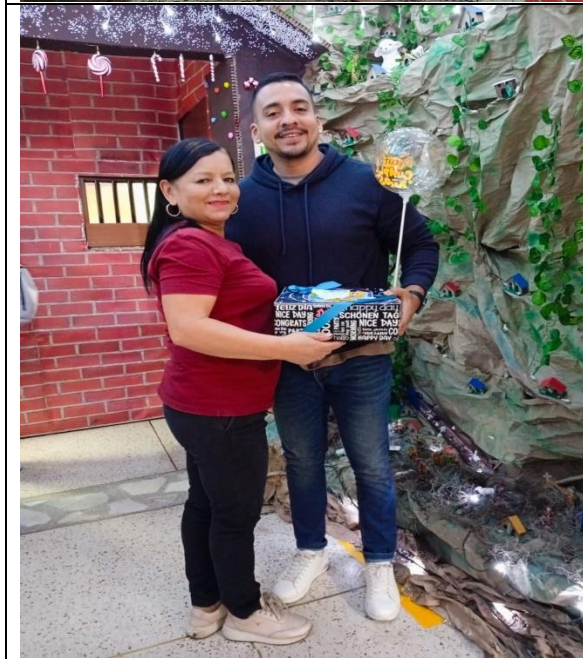
NOVIEMBRE

	Día
Arenas Bejarano Marion	29
Forero Hernandez Andres Guillermo	20
Hernandez Chaverra Luz Marina	26
Lenis Martinez Diana Lucia	14
Piedrahita Duran Pablo Emilio	21

DICIEMBRE

	Día
Agudelo Pabon Alexander	4
Bejarano Escobar Ruby	12
De La Pava Domínguez Andres Felipe	7
Donneys Donneys Wilson	27
Gonzalez Cuello Richard Yamill	21
Lopez Molano Anuar	10
Orozco Valencia Gloria Patricia	23
Romero Parra Yessica Fernanda	4







- **Programa de Educación Formal y No Formal: Auxilio Educativo**

Teniendo en cuenta que mediante circular de fecha 05 de mayo de 2025, socializada mediante grupo de WhatsApp de fecha 21 de mayo de 2025, Con el propósito de mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo integral del empleado, el mejoramiento de su nivel de vida y el de su familia de conformidad con las actividades establecidas en el PLAN DE BIENESTAR Y ESTIMULOS E INCENTIVOS vigencia fiscal 2025, aprobado mediante Resolución No. GGH-001-002-0341 de fecha marzo 10 de 2025, en el cual se establece Auxilio Educativo para educación formal aplicable a un hijo de los empleados de planta la institución.

El apoyo a la educación formal se reconoce al funcionario por una sola vez en cada vigencia fiscal podrán acceder tanto al auxilio escolar como al universitario para cubrir gastos de matrícula del empleado.

- Preescolar a bachillerato: Novecientos Mil Pesos (\$900.000).
- Universitario y Especialización: Por valor de Un Millón Cien Mil Pesos (\$1.100.000=).

Para ser beneficiario del apoyo económico para educación formal se requiere.

- ✓ Estar vinculado a la entidad durante un tiempo mínimo de un (1) año.
- ✓ Realizar la solicitud dirigida a la Gerencia y Comisión de personal.
- ✓ Aportar copia de la tarjeta de identidad o cedula de ciudadanía del hijo del empleado.



Fotocopia de la Cedula de ciudadanía del Empleado

Aportar Tabulado de pago de la matrícula vigente expedida por el plantel educativo.

Se presentaron 17 solicitud de Auxilio Educativo desde el **05 de Mayo hasta el 15 de Julio** de 2025; relacionados de la siguiente manera:

No	Nombre del Empleados	CC	Cargo	Nombre completo del Hijo	Colegio/ Universidad	Valor
1	Dany Sofia Garcia Zapata	31482853	Auxiliar de Enfermeria	Maria Paula Velasquez Garcia	Liceo Sagrado Corazon	\$ 900.000
2	William Alonso Noriega Camacho	16786703	Trabajador Oficial	Luciana Noriega Jurado	Colegio Leonistico La Merced	\$ 900.000
3	Gloria Sulay Grisales Osorio	29157391	Auxiliar Area de Salud	Juan Jose Grisales Osorio	Universidad Santiago de Cali	\$ 1.100.000
4	Mario Alvarado Pachon	10272418	Enfermero	Valentina Alvarado Lince	Universidad ICESI	\$ 1.100.000
5	Diana Carolina Lopez Lopez	31486249	Libre Nombramiento	Danna Moreno Lopez	Universidad Autonoma de Occidente	\$ 1.100.000
6	Alcira Rendon Rendon	29940176	Almacenista General	Sara Karina Llantén Rendon	Escuela Universitaria VATEL (Argentina)	\$ 1.100.000
7	Claudia Jimena Sanchez Alcalde	31982966	Periodo Fijo	Juan Camilo Gonzalez Sanchez	Universidad Autonoma de Occidente	\$ 1.100.000
8	Wilson Donneys Donneys	94296125	Periodo Fijo	Sofia Donneys Castaño	Pontifica Universidad Javeriana	\$ 1.100.000
9	Catherine Lenis Yopez	1118293189	Operaria	Juan Jose Balanta Lenis	Colegio Cooperativo Técnico Industrial José Antonio Galán	\$ 900.000
10	Diego Alexander Trujillo Serna	16457458	Trabajador Oficial	Maria Jose Trujillo Davila	Colegio Cooperativo Técnico Industrial Jose Antonio Galán	\$ 900.000
11	Juan Diego Dorado Guerrero	1118311361	Trabajador Oficial	Gabriel Dorado Montilla	Jardin Infantil Ternuras	\$ 900.000
12	Heberth Leonardo Silva Camacho	16457668	Trabajador Oficial	Laura Sofia Silva Sanchez	Colegio Cooperativo Técnico Industrial Jose Antonio Galan	\$ 900.000



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

13	Arley Candelo Sepulveda	6531403	Trabajador Oficial	Valentina Candelo Galeano	Institución Educativa San Francisco Javier	\$ 900.000
14	Oscar Fernando Sanchez Olave	1118284784	Trabajador Oficial	Alejandra Valencia	Pontifica Universidad Javeriana	\$ 1.100.000
15	Christian Ramiro Serna Buendia	1118294103	Trabajador Oficial	Antonella Serna Bedoya	Colegio El Bosque	\$ 900.000
16	Maria Fernanda Escobar Aramburo	31983624	Medico	Juan Felipe Dorado Escobar	Corporacion Los Cañaverales	\$ 900.000
17	Mayeli Meneses Chavez	29363960	Libre Nombramiento	Mariangel Quintero Meneses	Institución Educativa San Francisco Javier	\$ 900.000
Total						\$ 16.700.000

- **Promoción y Prevención:** Salud Visual

Mediante circular GATH-006-001-080 de fecha 03 de septiembre de 2025, se inició la actividad de apoyo para la compra de montura, lentes de los empleados de la institución que tiene como objetivo brindar apoyo del 30% de un salario mínimo legal vigente para la financiación de compra de montura de lentes es decir la suma de CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL CINCUENTA PESOS MCTE (\$427.050) este auxilio se brinda una vez el servidor presenta los siguientes requisitos.

- ✓ Estar vinculado a la entidad durante un tiempo mínimo de un (1) año
- ✓ Realizar la solicitud dirigida a la Gerencia y Comisión de personal.
- ✓ Aportar copia de la Historia Clínica certificado por un optómetra justificando el requerimiento de gafas para el empleado
- ✓ Factura a nombre del Empleado con fecha a la presentación de la documentación

Desde el **03 de septiembre** hasta el **31 de octubre** de 2025 como fecha límite de plazo.

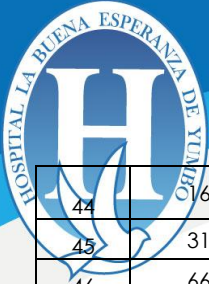
Relación de 64 solicitudes correspondiente al mes de septiembre y octubre:

Nro.	Cedula de ciudadanía	Nombre del Empleado	Cargo	Fecha de solicitud	Valor
1	16462336	Nilson Andrey Puente	Tecnico	4-sep-25	\$ 427.050
2	94296151	Wilson Donneys	Período Fijo	9-sep-25	\$ 427.050
3	1118256873	Maria A Avendaño	Auxiliar de Enfermería	9-sep-25	\$ 427.050
4	16642005	Uriel Angel Guerrero	Odontologo	12-sep-25	\$ 427.050
5	29738656	Luz Marina Hernández	Auxiliar Administrativo	15-sep-25	\$ 427.050
6	16450956	Ferney Daza Vergara	Tecnico	16-sep-25	\$ 427.050
7	31476176	Maria Aleida Jojoa	Enfermera	18-sep-25	\$ 427.050



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

8	18311361	Juan Diego Dorado	Trabajador Oficial	18-sep-25	\$ 427.050
9	16282880	Victor Hugo Sepulveda	Auxiliar Administrativo	24-sep-25	\$ 427.050
10	31485513	Yhina Xiomara Rengifo	Auxiliar Enfermeria	24-sep-25	\$ 427.050
11	31474784	Claudia Campo B	Tecnico	25-sep-25	\$ 427.050
12	1118293189	Catherine Lenis Yepez	Trabajadora Oficial	25-sep-25	\$ 427.050
13	29940176	Alcira Rendon Rendon	Almacenista	29-sep-25	\$ 427.050
14	66981679	Sandra Karina Caceres	Bacteriologa	30-sep-25	\$ 427.050
15	6531403	Arley Candelo Sepulveda	Trabajador Oficial	30-sep-25	\$ 427.050
16	16460511	Carlos Fernando Ramos	Trabajador Oficial	30/09/2025	\$ 427.050
17	16464150	Carlos Eduardo Zuleta	Libre Nombramiento	1/10/2025	\$ 427.050
18	31482853	Dany Sofia Garcia	Auxiliar de Enfermeria	2/10/2025	\$ 427.050
19	80888879	Harold Fernando Mancilla	Libre Nombramiento	6/10/2025	\$ 427.050
20	31486992	Piedad Maite Galindez	Auxiliar de Enfermeria	8/10/2025	\$ 427.050
21	31470634	Liliana Villarreal	Auxiliar Administrativo	10/10/2025	\$ 427.050
22	32686752	Maria Belen Atias	Auxiliar de Enfermeria	10/10/2025	\$ 427.050
23	29939908	Ruby Bejarano	Trabajadora Oficial	10/10/2025	\$ 427.050
24	1118294103	Cristian Ramiro Sema	Trabajadora Oficial	10/10/2025	\$ 427.050
25	1118285787	Carlos Montoya	Auxiliar de Enfermeria	14/10/2025	\$ 427.050
26	1006015605	Carlos Mario Chaguendo	Trabajadora Oficial	14/10/2025	\$ 427.050
27	10272418	Mario Alvarado	Enfermero	15/10/2025	\$ 427.050
28	31477308	Maria Deycely Gomez	Trabajadora Oficial	10/10/2025	\$ 427.050
29	1118284784	Oscar Fernando Sanchez	Trabajador Oficial	20/10/2025	\$ 427.050
30	1118295815	Diana Sepulveda	Auxiliar de Enfermeria	20/10/2025	\$ 427.050
31	16457458	Diego Trujillo Serna	Trabajador Oficial	20/10/2025	\$ 427.050
32	31481754	Anyela Maria Andrade	Auxiliar de Enfermeria	20/10/2025	\$ 427.050
33	16457668	Heberth Leonardo Silva	Trabajador Oficial	21/10/2025	\$ 427.050
34	1118293231	Jose Angel Jaramillo	Auxiliar de Enfermeria	22/10/2025	\$ 427.050
35	31477467	Alba Aidee Padilla	Auxiliar de Enfermeria	22/10/2025	\$ 427.050
36	11228106	Eduard A. Castillo	Odontologo	22/10/2025	\$ 427.050
37	31486699	Eliana Rodallega	Auxiliar Administrativo	22/10/2025	\$ 427.050
38	94063866	Julian Andres Velasquez	Libre Nombramiento	23/10/2025	\$ 427.050
39	16457896	Silvio Raul Gomez	Trabajador Oficial	23/10/2025	\$ 427.050
40	16786703	William Alonso Noriega	Trabajador Oficial	20/10/2025	\$ 427.050
41	31475415	Zandra Liliana Agudelo	Secretaria	24/10/2025	\$ 427.050
42	29363960	Mayeli Meneses Chavez	Libre Nombramiento	27/10/2025	\$ 427.050
43	16648939	Guillermo Leon Otero	Medico	27/10/2025	\$ 427.050



44	16446744	Norberto De Jesus Cano	Trabajador Oficial	27/10/2025	\$ 427.050
45	31485964	Natalia Montenegro	Medico	27/10/2025	\$ 427.050
46	66769829	Marisol Sepulveda	Medico	28/10/2025	\$ 427.050
47	31468566	Marina Eunice Oliveros	Auxiliar de Enfermeria	28/10/2025	\$ 427.050
48	16450151	Jesus Alberto Cardenas	Trabajador Oficial	28/10/2025	\$ 427.050
49	94314911	Hugo Orlando Moreno	Medico	28/10/2025	\$ 427.050
50	1118288481	Dary Yuliana Alvear Arce	Auxiliar de Salud	29/10/2025	\$ 427.050
51	1118294930	Andres Guillermo Forero	Tecnico	29/10/2025	\$ 427.050
52	16780000	Diego Fernando Yusty Valencia	Profesional Universitario	29/10/2025	\$ 427.050
53	31469954	Franque Elna Correa	Auxiliar de Salud	30/10/2025	\$ 427.050
54	85472966	Richard Yamil Gonzalez	Medico	30/10/2025	\$ 427.050
55	1151939867	Karen Yelany Rivera	Profesional Universitario	30/10/2025	\$ 427.050
56	31488358	Yessica Fernanda Romero	Auxiliar Administrativo	30/10/2025	\$ 427.050
57	1130640404	Natalia Maryeni Escobar	Auxiliar de Salud	30/10/2025	\$ 427.050
58	16464975	Jackson Antonio Mancilla	Auxiliar de Enfermeria	30/10/2025	\$ 427.050
59	31467872	Luz Stella Padilla	Auxiliar de Enfermeria	30/10/2025	\$ 427.050
60	66812656	Gloria Patricia Orozco	Auxiliar de Salud	30/10/2025	\$ 427.050
61	29739957	Maria Cecilia Cabal Ordonez	Auxiliar Administrativo	30/10/2025	\$ 427.050
62	29157391	Gloria Sulay Grisales	Tecnico	30/10/2025	\$ 427.050
63	16762742	Wilber Joaqui Ordonez	Trabajador Oficial	31/10/2025	\$ 427.050
64	31476060	Lina Maria Mendez Muñoz	Auxiliar de Enfermeria	31/10/2025	\$ 427.050
					\$ 27.331.200

- **Promoción y Prevención: Seguimiento Plan Nutricional:**

Mediante circular GATH – 006.001.047-2025 de fecha 06 de octubre de 2025, se le informo al personal la actividad de Nutrición que tiene como objetivo el seguimiento al plan nutricional en el que se realizó valoración de (Edad, Estatura, Talla; peso; IMC; etc.), el día 23 de octubre de 2025, en el auditorio de la Institución en el horario comprendido de 8:00 am a 12:00. Para la cual asistieron 40 empleados de la institución (Carrera administrativa; Trabajadores Oficiales y provisionales).



- **Charla de hábitos saludables:**

Actividad realizada por un (1) profesional idóneo, donde se les explica los hábitos alimentarios, descanso, sueño y actividad física regular de acuerdo a su condición de salud, para esta actividad participaron: 38 empleados de la institución (Carrera administrativa; Trabajadores Oficiales y provisionales).



- **Promoción y Prevención: Valoración Riesgo Cardiovascular:**

Mediante circular GATH – 006.001.047-2025 de fecha 06 de octubre de 2025, se le informo al personal la actividad de valoración de riesgo vascular donde se les realizo toma de presión arterial, saturación y recomendaciones de acuerdo al resultado obtenido: En esta actividad participaron 40 empleados de la institución (Carrera administrativa; Trabajadores Oficiales y provisionales).

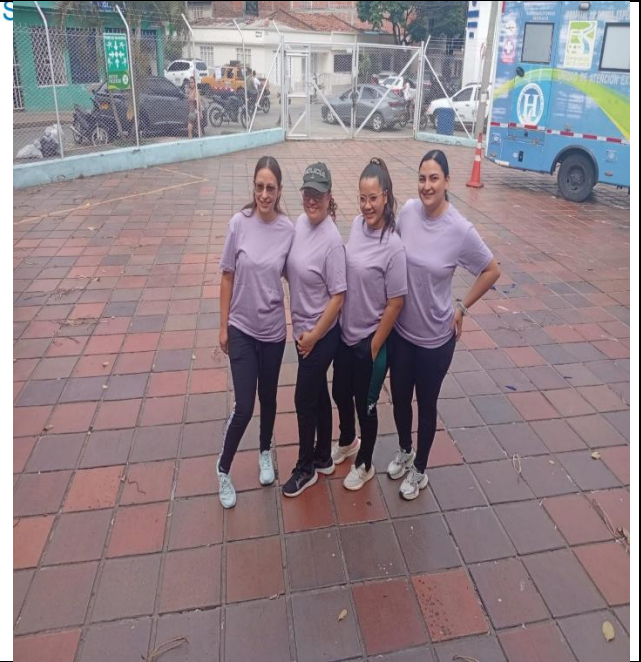




- **Actividades Deportivas:** Yincana

Mediante circular GATH – 006.001.047-2025 de fecha 06 de octubre de 2025, se invita a todo el personal a participar de las actividades deportiva el día 24 de octubre de 2025, con el fin de mejorar la calidad de vida a través de la promoción de la actividad física. Actividad en la que participaron 4 equipos conformado por 4 participantes se realizaron 8 pruebas entre las que se realizaron fueron: Arrastre bajo; prueba de frutas; intercambio de prendas; Prueba de sabores (alimentos); salto en costales; armar rompecabezas.





- **Programas Recreativos:** Actividad Integración familiar

Mediante circular GATH – 006.001.047-2025 de fecha 25 de septiembre de 2025, La comisión de personal dado cumplimiento al cronograma de actividades de la vigencia 2025, se permite convoco al personal de la planta a participar en la Actividad del programa recreativo: Integración Familiar, actividad que se realizó el día **25 de octubre del 2025**, en el **Acuaparque Tardes Caleñas**,

Actividad que incluyo:

- Transporte Empleado y acompañante
- Entrada para disfrutar de: Piscina de olas, rio de emociones, toboganes, tarzanera, parque acuático infantil
- Almuerzo- Milanesa de pollo, arroz, ensalada, monedas de plátano, gaseosa
- Seguro de asistencia médica
- Guías (4):
 - Carlos Franco 3246040527
 - Alejandro Lozano 3148077039
 - Vivian Arango 3147368798
 - Alexandra Franco 3215146518

Para esta actividad participaron **143 personas** (Empleados y acompañantes)



- **Programas Recreativos:** Actividad de Fin de Año

Para la actividad de fin de año se realizó un compartir Navideño el día 20 de diciembre del 2025, teniendo en cuenta que este día es laboral por el cambio de horario por las fiestas navideñas no se laborara el día 26 de diciembre y se compensara con el sábado 20 de diciembre. De acuerdo al Decreto municipal 211 del 09 de diciembre de 2025 y la Resolución GGH-001-002-1912 del 10 de diciembre de 2025.



De acuerdo a la ejecución que se realizó en las actividades del plan de bienestar estímulos e incentivos 2025. El presupuesto final se basa en el total ejecutado dentro las actividades y así lograr el 100% de su desarrollo.

Indicador: Total de actividades Ejecutadas / Total de actividades Programadas

Desarrollo del Indicador = 7 Actividades ejecutadas / 7 Actividades Programadas = 100 % cumplimiento

GESTION JURÍDICA

Contratación:

Durante la vigencia 2025 se celebraron 480 contratos entre contratistas y proveedores.

Tutelas:

Contra la entidad fueron dirigidas dos (2) tutelas en todo el 2025 con:

1 sentencia a favor

1 en contra.

Procesos Judiciales:

A 20 de diciembre de 2025 (último día actividad judicial) el Hospital contaba con 15 demandas en contra así:



- Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho: 2
- Acción de Reparación Directa: 11
- Proceso Ordinario laboral: 2

CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

Entidades Vigilancia y Control:

La entidad no se encuentra en curso de procesos sancionatorios ni investigaciones administrativas.

Disciplinarios:

No se abrieron procesos disciplinarios

CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE
Gerente