

INFORME SEGUIMIENTO POA

TRIMESTRE 1

PLAN DE DESARROLLO 2025-2028

15/05/2026

1. PRESENTACIÓN

El presente informe tiene como objetivo dar a conocer los resultados de los indicadores definidos en el Plan de Desarrollo de la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia durante el 1er trimestre de 2026 el cual se constituye un elemento fundamental para garantizar la adecuada gestión institucional, la toma de decisiones informadas y el cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos para impactar los resultados de salud.

A través del monitoreo sistemático de los indicadores, la entidad puede evaluar el avance en la ejecución de sus metas, identificar desviaciones oportunamente y adoptar medidas correctivas que permitan mejorar la eficiencia, la calidad y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud. Este proceso no solo fortalece la gestión interna, sino que también contribuye al uso adecuado de los recursos públicos y a la sostenibilidad financiera de la institución.

Adicional se incluye en el informe el análisis detallado del Plan Operativo Anual (POA) y del Plan Operativo Anual de Inversión (POAI), permite orientar la mejora continua, fortalecer la cultura organizacional basada en resultados, contribuyendo al cumplimiento de la misión institucional y al mejoramiento de la calidad de vida de la población atendida.

Los hallazgos de esta evaluación nos permitirán identificar las áreas de éxito, así como las oportunidades de mejora, con el fin de ajustar las estrategias y garantizar el logro de los objetivos estratégicos definidos en los programas y proyectos.

2. INTRODUCCIÓN

De conformidad con la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo (Ley 152 de 1994), la Nación, las entidades territoriales y los organismos públicos de todo orden, deben tener un Plan de Desarrollo que garantice el uso eficiente de los recursos y el desempeño adecuado de las funciones.

En cumplimiento de esta disposición legal, la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia formuló el Plan de desarrollo para el periodo 2025-2028, aprobado por la Junta Directiva mediante el Acuerdo 17 del 15 de octubre de 2024.

La misma ley estableció que el Plan de desarrollo estará conformado por una parte general y un Plan de inversiones; la primera incluye los objetivos, la metas, las estrategias, las políticas y los medios e instrumentos. La parte de inversiones incluye la proyección de recursos financieros, los programas, proyectos y medios para su ejecución.

Por lo anterior, la ESE formuló y presentó a la Junta Directiva el Plan de acción para la vigencia 2026, acorde con el Plan de desarrollo aprobado para el periodo 2025-2028.

Dicho plan se articula al contenido general o estratégico y describe los proyectos, actividades, responsables, cronograma y presupuesto para la presente vigencia.

3. RESULTADOS DEL PLAN DE DESARROLLO

3.1. Seguimiento a los indicadores de Resultado:

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: TALENTO HUMANO RESPETUOSO, JUSTO Y CON COMPROMISO SOCIAL			PROGRAMA: GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO		
OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	Meta	Logro	% Avance
OBJETIVO: Incrementar el nivel de competencia, integridad, seguridad y satisfacción de los colaboradores, mediante el desarrollo de un proceso de gestión humana eficaz y eficiente, que facilite el logro de los propósitos institucionales.	Desarrollo de las Competencias e integridad.	Proporción de cumplimiento del plan estratégico de talento humano.	≥60%	Plan estratégico de talento humano	25%
		Proporción de cumplimiento del plan de capacitaciones.	≥70%	Plan de capacitaciones	25%
		Actualización de la plataforma estratégica.	NA	Plataforma estratégica	NA
		Proporción de funcionarios con cumplimiento de competencias obligatorias por habilitación.	≥80%	Certificaciones habilitación	25%
		Proporción de cobertura en la inducción a personal nuevo.	≥75%	Inducción personal nuevo	25%
		Proporción cumplimiento de requisitos de convenio docencia servicio	≥80%	Convenio docencia servicio	20%
		Proporción de funcionarios con nivel satisfactorio de interiorización del código de integridad.	≥50%	Interiorización código de integridad	20%
	Gestión de estímulos	Proporción de cumplimiento del plan de bienestar e incentivos	≥80%	Plan de bienestar e incentivos	25%
	Seguridad y salud laboral	Proporción de cumplimiento del plan anual de seguridad y salud en el trabajo.	≥80%	Plan de seguridad y salud en el trabajo	25%
LÍNEA ESTRATÉGICA 2: MODELO DE ATENCION AL USUARIO CON CALIDAD, HONESTIDAD Y HUMANIZACION			PROGRAMA: SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		
OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	Meta	Logro	% Avance

OBJETIVO: Fortalecer el desempeño institucional, mediante el desarrollo y mejoramiento continuo de un modelo de gestión integral, que permita el cumplimiento de requisitos y la satisfacción de necesidades.	Diferenciar la prestación del servicio por su calidad y enfoque de humanización.	Proporción de cumplimiento del plan operativo anual de humanización.	≥80%	Programa de humanización	25%
		Proporción de cumplimiento de auditorías internas de Control interno.	≥90%	Programa de Control Interno	25%
		Diseño, aprobación y seguimiento del Plan de Desarrollo institucional.	≥90%	Programa de Control Interno	30%
		Proporción de incremento de la calificación en el sistema único de acreditación.	≥11%	Programa de auditoria para mejoramiento de la calidad PAMEC	100%
		Proporción de ejecución del plan de mejora PAMEC.	≥90%		60%
		Porcentaje de procesos y procedimientos del Mapa institucional actualizados.	≥50%		80%
		Proporción de servicios inscritos en el REPS con autoevaluación en la vigencia.	≥90%	Cumplimiento de estándares de habilitación	80%
		Proporción de cumplimiento del plan de mejoramiento del programa de seguridad del paciente.	≥70%	Fortalecimiento del Seguridad de paciente	60%
		Proporción de cumplimiento del plan de gestión ambiental.	≥70%	Plan de manejo ambiental	30%
	Reorganización institucional y fortalecimiento de procesos.	Cumplimiento en el reporte de la evaluación del modelo integrado de planeación y gestión MIPG (Furag).	1	FURAG-Modelo Integrado de Planeación y Gestión.	100%
		Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS.	≥4	Gestión de la información	100%
		Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumple		100%

		Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Cumple		100%	
		Tablas de retención documental aprobadas.	≥40%	Programa de gestión documental (TRD, TVD, PINAR, SIC).	10%	
		Proporción de ejecución del Plan institucional de archivos PINAR	≥40%		10%	
	Fortalecer el Mercadeo de imagen y servicios institucionales.	Proporción de satisfacción global del usuario.	≥90%	Plan de fortalecimiento de la información y atención al usuario.	25%	
		Proporción de cumplimiento en respuesta oportuna a PQRS.	≥90%		30%	
		Proporción de cumplimiento de Plan de participación social en salud. PPSS	≥80%		25%	
		Porcentaje de cumplimiento de los ejercicios de rendición de cuentas a la comunidad de rendición de cuentas a la ciudadanía.	100%		100%	
		Proporción de cumplimiento del Plan de mercadeo y comunicaciones.	≥80%	Plan de comunicaciones y mercadeo	25%	
	LÍNEA ESTRATÉGICA 3: MODERNIZACION TECNOLÓGICA Y DE INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA			PROGRAMA: MODERNIZACIÓN TECNOLÓGICA Y DE INFRAESTRUCTURA		
	OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	Meta	Logro	% Avance
OBJETIVO: Fortalecer el desempeño institucional, mediante el desarrollo y	Gestión de recursos de cofinanciación para mejorar la infraestructura.	Número de proyectos presentados para la gestión de recursos.	2	Formulación y gestión de proyectos para cofinanciación	100%	
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyecto vulnerabilidad sísmica.	NA	Estudio de vulnerabilidad sísmica	NA	

mejoramiento continuo de un modelo de gestión integral, que permita el cumplimiento de requisitos y la satisfacción de necesidades.	Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyecto REALIZACIÓN DE ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA REMODELACIÓN Y AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, LABORATORIO Y HOSPITALIZACIÓN	100%	REALIZACIÓN DE ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA REMODELACIÓN Y AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, LABORATORIO Y HOSPITALIZACIÓN	70%
	Proporción de cumplimiento en la ejecución de diseños de plan maestro	NA	Diseño del plan maestro de crecimiento hospitalario	100%
	Proporción de cumplimiento de estudio de capacidad instalada	NA	Gestión de proyecto Estudio de capacidad instalada	NA
	Proporción de cumplimiento proyecto ampliación de la capacidad de hospitalización	100%	Proyecto de ampliación de la capacidad de unidades de hospitalización.	40%
	Proporción de cumplimiento proyecto de fortalecimientos económico institucional	NA	Presentación y formulación de proyecto para fortalecimiento económico institucional.	100%
	Proporción de cumplimiento de gestión para fortalecer la infraestructura y mantenimiento de dos puestos de salud	NA	Gestión de Infraestructura y mantenimiento de dos puestos salud	100%
	Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de obras	NA	Ejecución del proyecto de construcción de tanques de agua.	NA
	Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de obras	100%	Construcción de la unidad de cuidados intensivos UCI y	NA

				unidad cuidados especial UCE.	
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de obras	NA	Adecuaciones y acondicionamiento área de urgencias.	NA
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de obras	50%	Adecuación y Construcción de la subestación eléctrica de la ESE.	50%
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de obras	100%	Gestión de proyecto para construcción de laboratorio clínico.	40%
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de obras	NA	Adecuación de consultorio en la Sede Llano de Bolívar.	NA
OBJETIVO: Fortalecer el desempeño institucional, mediante el desarrollo y mejoramiento continuo de un modelo de gestión integral, que permita el cumplimiento de requisitos y la satisfacción de necesidades.	Modernización y aplicación tecnológica para el fortalecimiento institucional.	Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	NA	Ejecución del proyecto Fortalecimiento parque automotor Adquisición de ambulancias.	NA
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	100%	Ejecución del proyecto Fortalecimiento parque automotor extramural Adquisición de Vehículos brigadas.	50%
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	NA	Ejecución del proyecto Adquisición Tomógrafo.	NA
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	NA	Ejecución del proyecto Adquisición Torre de Laparoscopia.	NA

		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	100%	Ejecución del proyecto Adquisición de camas, camillas y mobiliario para los servicios de hospitalización.	60%
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	100%	Ejecución del proyecto Adquisición dotación servicios de fisioterapia.	NA
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	NA	Ejecución del proyecto Adquisición Equipos de cómputo.	NA
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	100%	Gestión de proyecto de adquisición de Resonador.	80%
		Proporción de cumplimiento de gestión de recursos para la dotación del servicio de odontología por inversión propia o por proyecto	NA	Mejorar la dotación en general para la prestación de los servicios de odontología.	NA
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	NA	Ejecución Proyecto de dotación equipos para área de cirugía.	NA
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	NA	Proyecto gestión adquisición equipos ayuda diagnostica cardiovascular.	NA
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	100%	Proyecto gestión adquisición de mamógrafo.	40%
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	100%	Proyecto gestión adquisición de equipos para el servicio de ginecología.	100%

		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	NA	Proyecto gestión adquisición de equipos para el servicio de imagenología convencional.	50%
		Numero de equipos adquiridos fuera de proyectos	3	Mejorar la dotación en general para la prestación de los servicios de salud.	100%
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación recursos propios	NA	Mejorar y garantizar la prestación del servicio de urología con recursos propios.	NA
		Plan estratégico de tecnologías de la información actualizado y aprobado.	≥60%	Plan estratégico de tecnologías de la información y comunicación.	100%
		Porcentaje de cumplimiento de la matriz ITA	≥80%		NA
		Proporción de cumplimiento del Plan de mantenimiento de equipos.	≥80%	Plan de mantenimiento hospitalario.	25%
		Proporción de cumplimiento del Plan de aseguramiento metrológico.	≥80%		10%
		Proporción de cumplimiento del Plan de mantenimiento de la infraestructura	≥80%		15%
		LÍNEA ESTRATÉGICA 4: PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON COMPROMISO, DILIGENCIA Y RESPETO POR EL USUARIO			PROGRAMA: AMPLIACIÓN DE LA VENTA DE SERVICIOS DE SALUD
OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	Meta	Logro	% Avance
OBJETIVO: Impactar de manera positiva en la salud de los pacientes, mediante el	Ampliación del portafolio de servicios.	% implementación servicio nuevo ofertado	2 especialidades	Ofertar especialidades en la modalidad de resonancia y neurología.	60%
		% implementación servicio nuevo ofertado	100%	Atención domiciliaria.	40%

desarrollo de un modelo de prestación de servicios basado en la gestión del riesgo y la operación de redes integradas, con criterios de calidad y humanización, contribuyendo al bienestar de la población.	% implementación servicio nuevo ofertado	NA	Implementar servicios de Electromiografía.	NA
	% implementación servicio nuevo ofertado	NA	Implementación del servicio de fisiatría.	NA
	% implementación servicio nuevo ofertado	100%	Implementar servicio de clínica de heridas	20%
	% implementación servicio nuevo ofertado	100%	Implementación de Consulta externa de neurología, neuropsicología.	100%
	% implementación servicio nuevo ofertado	≥80%	Implementar servicio de Cirugía maxilofacial.	100%
	% implementación servicio nuevo ofertado	≥80%	Implementar servicio de vascular periférico.	100%
	% implementación servicio nuevo ofertado	≥90%	diseño y despliegue de programa de Salud mental.	60%
	% implementación servicio nuevo ofertado	≥80%	Implementación servicio de mamografía.	15%
	% implementación servicio nuevo ofertado	≥80%	Fortalecer la prestación de servicios de medicina especializadas y de Imagenología a nivel extramural y en otras IPS en modalidad de brigadas.	100%
		PROGRAMA: FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES		

	Implementación de rutas de atención integral.	Proporción de cumplimiento del Plan de intervenciones colectivas PIC.	$\geq 90\%$	Fortalecimiento de los programas de Protección específica y detección temprana PEDT, de salud pública y de ATENCION EXTRAMURAL.	100%
		Porcentaje de cumplimiento de las actividades para la Certificación IAMI de la ESE	100%		100%
		Proporción de incremento de Brigadas extramurales	Variación positiva		100%
		Proporción de cumplimiento de matrices de metas de PEDT.	$\geq 60\%$		50%
	Fortalecimiento de la accesibilidad y la oportunidad en los servicios de consulta externa.	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de consulta médica general de primera vez.	≤ 3	Fortalecimiento de Consulta externa, odontología y fisioterapia.	100%
		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita odontológica general de primera vez.	≤ 3		100%
		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría de primera vez.	≤ 5		100%
		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia de primera vez.	≤ 8		100%
		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna de primera vez.	≤ 15		100%
	Fortalecimiento de la oportunidad y la seguridad del servicio de cirugía.	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	$\geq 0,90$	Fortalecimiento del servicio de Cirugía y esterilización.	15%
		Proporción de cirugías canceladas.	$\leq 10\%$		Sin Información
	Fortalecer la oportunidad, pertinencia y seguridad de la atención en el	Oportunidad en la atención de urgencias triage 2 (minutos)	≤ 30 minutos	Fortalecimiento del servicio de urgencias.	100%
		Proporción de reingresos a urgencias antes de 72 horas	$\leq 3\%$		100%

	servicio de urgencias.	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	$\geq 0,90$		100%
	Fortalecimiento del hospital como centro de referencia.	Proporción de remisiones aceptadas	$\geq 50\%$	Fortalecimiento del Centro regulador.	Sin información
		Oportunidad en la respuesta a las solicitudes de servicios de los hospitales de referencia.	≤ 4 horas		100%
	Fortalecimiento de la accesibilidad, la oportunidad y pertinencia de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.	Tiempo promedio de entrega de resultados críticos para urgencias.	≤ 60 minutos	Fortalecimiento del servicio de Laboratorio.	80%
		Tiempo promedio de entrega de resultados críticos para hospitalización.	≤ 60 minutos		80%
		Tiempo promedio en la entrega de resultados de rayos x urgentes.	≤ 30 minutos	Fortalecimiento del servicio de Imágenes diagnósticas.	80%
		Proporción de cumplimiento del programa de farmacovigilancia	$\geq 90\%$	Fortalecimiento del servicio de Apoyo terapéutico.	30%
		Proporción de cumplimiento del programa de tecno vigilancia	$\geq 90\%$		30%
		Proporción de cumplimiento del programa de REACTIVOVIGILANCIA	$\geq 90\%$		30%
	Fortalecimiento de la pertinencia y seguridad de los servicios de internación.	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Cero (0) o variación negativa	Fortalecimiento del servicio de Hospitalización.	NA
		Análisis de mortalidad intrahospitalaria	$\geq 0,90$		40%
		Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	$\geq 0,80$		15%
		Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso	$\geq 80\%$		15%

		hospitalario o de morbilidad atendida.			
LÍNEA ESTRATÉGICA 5: SOSTENIBILIDAD FINANCIERA EFICIENTE			PROGRAMA: OPTIMIZACIÓN DE INGRESOS		
OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	Meta	Logro	% Avance
OBJETIVO: Lograr la solidez financiera mediante la optimización de ingresos y la gestión de costos y gastos, para asegurar la sostenibilidad empresarial.	Ampliación de la venta de servicios y optimización del recaudo.	Proporción de incremento interanual en la venta de servicios de salud.	≥2%	Facturación, auditoría y gestión de glosas.	100%
		Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	≥0,8	Gestión de cartera.	100%
	PROGRAMA: AUSTERIDAD EN EL GASTO				
	Racionalización del gasto	Proporción de cumplimiento del Plan de austeridad en el gasto.	≥80%	Plan de austeridad en el gasto.	30%
		Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	≤1,04		Sin información
		Verificar el monto de la deuda superior a 30 días salarios de planta y contratación de servicios y su variación frente a la vigencia anterior. Indicador plan de gestión	Cero (0) o variación negativa		Sin información
		Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos eficientes.	≥0,70	Plan de adquisición de bienes y servicios.	80%

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: TALENTO HUMANO RESPETUOSO, JUSTO Y CON COMPROMISO SOCIAL	PROGRAMA: GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO	24%
LÍNEA ESTRATÉGICA 2: MODELO DE ATENCIÓN AL USUARIO CON CALIDAD, HONESTIDAD Y HUMANIZACIÓN	PROGRAMA: SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	57%
LÍNEA ESTRATÉGICA 3: MODERNIZACIÓN TECNOLÓGICA Y DE INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA	PROGRAMA: MODERNIZACIÓN TECNOLÓGICA Y DE INFRAESTRUCTURA	65%

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON COMPROMISO, DILIGENCIA Y RESPETO POR EL USUARIO	PROGRAMA: AMPLIACIÓN DE LA VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	71%
	PROGRAMA: FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	
LÍNEA ESTRATÉGICA 5: SOSTENIBILIDAD FINANCIERA EFICIENTE	PROGRAMA: OPTIMIZACIÓN DE INGRESOS	80%
	PROGRAMA: AUSTERIDAD EN EL GASTO	
PROMEDIO		59%

Se realiza una descripción detallada y estructurada del estado y avance proyectado en el cumplimiento de los programas, metas e indicadores de resultado para la gestión institucional de la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia:

1. Línea Estratégica 1 Talento Humano Respetuoso, Justo y con Compromiso Social con su programa de gestión estratégica del talento humano (24%).

Este componente enfoca sus esfuerzos en la dignificación, capacitación y seguridad de los colaboradores de la institución. La gestión estratégica, se proyecta con un cumplimiento hasta la fecha en un 24% en la ejecución de su plan estratégico. Los avances clave incluyen la actualización del plan de talento humano, la evaluación del desempeño y la formalización de planes anuales de previsión de recursos y vacantes. Con respecto al desarrollo de competencias, la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia busca cumplir más del 80% de sus funcionarios cumplan con las competencias obligatorias exigidas por habilitación logrando hasta la fecha un 24% de cumplimiento. El plan de capacitaciones cuenta con una meta de ejecución superior al 70%, logrando hasta la fecha un 25% de cumplimiento. Para Bienestar e Incentivos con un presupuesto asignado de \$339 millones de pesos, se estableció una meta de cumplimiento en 80% en las actividades de bienestar, que incorporan la formalización de estímulos por buen trato y la elección del "mejor trabajador", hasta la fecha se cumple en un 25%. En Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), este programa cuenta con un presupuesto de \$153 millones de pesos para mitigar riesgos laborales, enfocándose en la aplicación de baterías de riesgo psicosocial y campañas semestrales de orden y aseo hospitalario, apuntando a una meta de cumplimiento 80%.

2. Línea Estratégica 2: Modelo de Atención al Usuario con Calidad, Honestidad y Humanización con su programa de sistema integrado de gestión (57%).

Centrado en el fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión bajo criterios de mejoramiento continuo y seguridad del paciente en humanización del servicio, se fijó una meta 80% en la ejecución del plan operativo anual de humanización, el cual incluye comités mensuales para evaluar las manifestaciones y quejas de los usuarios, acreditación y calidad (PAMEC) el cual la institución proyecta un cumplimiento del 60% en su calificación del Sistema Único de Acreditación, así mismo la ejecución del plan de mejora del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) tiene como meta un estricto 90%. Seguridad del Paciente con recursos por \$75 millones de pesos, el programa busca que más del 70% de las acciones de mejora derivadas del diagnóstico de seguridad sean ejecutadas, priorizando la investigación de eventos adversos y la adherencia a paquetes instruccionales, atención al usuario (SIAU) el Plan de Fortalecimiento Institucional, dotado con un presupuesto de \$353 millones de pesos, busca mantener la satisfacción global del usuario por encima del 90% y garantizar una oportunidad en la respuesta a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS) de 90%

3. Línea Estratégica 3: Modernización Tecnológica y de Infraestructura Humanizada con su programa de modernización tecnológica y de infraestructura (65%).

Representa uno de los ejes de mayor impacto presupuestal, orientado a expandir la capacidad instalada y la complejidad tecnológica del hospital, para la Infraestructura de Alta Complejidad se destaca la asignación de \$8.499 millones de pesos para las adecuaciones de urgencias, y la construcción de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la Unidad de Cuidados Especiales (UCE) con un presupuesto de \$3.500 millones de pesos (meta de ejecución del 100% para la vigencia), el cual está en proceso de ejecución, para la realización de estudios y diseños para la remodelación y ampliación de los servicios de urgencias, laboratorio y hospitalización se ejecutan proyectos de gran envergadura como la remodelación del servicio de urgencias, laboratorio y hospitalización por \$37.000 millones de pesos, el diseño del plan maestro de crecimiento hospitalario por \$1.500 millones de pesos y la construcción de un laboratorio clínico por \$8.000 millones de pesos, adquisición de Tecnología Médica con avances significativos en el equipamiento de punta con inversiones asignadas para un Resonador (\$4.532 millones) y un Mamógrafo (\$1.776 millones).

4. Línea Estratégica 4: Prestación de Servicios con Compromiso, Diligencia y Respeto por el Usuario con los programas de ampliación de la venta de servicios de salud y fortalecimiento de los servicios asistenciales (71%).

Esta línea busca diversificar la oferta clínica y optimizar los tiempos de acceso a las consultas ampliación del portafolio con el programa de resonancia y neurología lidera la inversión electromiografía con \$3.077 millones de pesos para ofertar estas dos nuevas especialidades médicas, adicionalmente se implementan con éxito la atención domiciliaria y el servicio de cada uno, a su vez se implementan nuevas unidades especializadas en donde se consolida la apertura de la clínica de heridas, consulta externa de neurología/neuropsicología, fisioterapia y un servicio de radiología intervencionista ampliando la cobertura regional, Indicadores de Oportunidad (Tiempos de Espera) las metas sectoriales para la asignación de citas por primera vez se mantienen rigurosas, consulta Médica General y Odontología en menos de 3 días, pediatría en menos de 5 días, Obstetricia en menos de 8 días, medicina Interna en menos de 15 días, triage 2 en urgencias en menos de 30 minutos.

5. Línea Estratégica 5: Sostenibilidad Financiera Eficiente con sus programas de optimización de ingresos y austeridad en el gasto (80%).

Se garantiza la viabilidad económica de la operación hospitalaria a través del control del gasto y la eficiencia en el recaudo con una optimización de Ingresos donde el programa de facturación, auditoría y gestión de glosas en donde se busca un incremento interanual en la venta de servicios de salud 2%, el indicador de Equilibrio Presupuestal con Recaudo se fijó en una meta 0,8, austeridad y Eficiencia del Gasto en este el plan de austeridad exige un cumplimiento 80% de sus metas cumpliendo hasta la fecha un 30%, además el hospital se compromete a realizar más del 70% de la adquisición de medicamentos e insumos médicos a través de mecanismos de compra eficientes (compras conjuntas o electrónicas).

Resumen de la Gestión Institucional (POA 2026): El plan operativo consolida un total de 105 metas globales, de las cuales 88 están activamente programadas para ejecutarse e impactarse durante la vigencia. Toda la operación y los macroproyectos descritos se respaldan en un presupuesto total de actividades que asciende a \$565.581 millones de pesos, garantizando la ruta de desarrollo hacia la alta calidad y la infraestructura humanizada.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En general para el primer trimestre del 2026 se dio ejecución al plan operativo anual cumpliendo la mayor parte de las metas propuestas en los indicadores establecidos en

las diferentes líneas de desarrollo, cumpliendo en los proyectos y programas tenidos en cuenta para el año en curso.

CONTROL DOCUMENTAL	
Fecha de elaboración:	Junio de 2026
Oficio proyectado por:	Alejandro Muñoz Arredondo.

