



**CONSOLIDADO ENERO A DICIEMBRE DE  
2025**

*“Ambiente seguro, responsabilidad de  
todos”*

Malambo enero de 2026

## TABLA DE CONTENIDO

### Contenido

<b>1. MARCO LEGAL</b>	<b>4</b>
<b>2. DESEMPEÑO PLAN OPERATIVO ANUAL DEL PERIODO DE ENERO A.....</b>	<b>5</b>
<b>3. RESULTADOS POR PROGRAMA ESTRATÉGICO.....</b>	<b>8</b>
<b>3.1 FORTALECIMIENTO DE CALIDAD Y DESARROLLO ESTRATEGICO .....</b>	<b>8</b>
<b>3.2 FORTALECIMIENTO SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD.....</b>	<b>9</b>
<b>3.3 FORTALECIMIENTO-PROCESO DE APOYO .....</b>	<b>10</b>
<b>4. ACCIONES DESARROLADAS EN CADA PROGRAMA. ....</b>	<b>12</b>
<b>4.1 FORTALECIMIENTO DE CALIDAD Y DESARROLLO ESTRATEGICO .....</b>	<b>12</b>
<b>4.2 FORTALECIMIENTO SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD.....</b>	<b>14</b>
<b>4.3 FORTALECIMIENTO-PROCESO DE APOYO .....</b>	<b>14</b>

## 1. MARCO LEGAL

La ESE Hospital Local de Malambo Santa María Magdalena cuenta con un Plan Estratégico Institucional denominado “Ambiente seguro responsabilidad de todos” aprobado por la Junta Directiva mediante *Acuerdo de diciembre* de 2024. Para dar cumplimiento a los objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo de la Entidad, se aprobó el Plan Operativo Anual 2025 mediante Resolución de 2025.

En su formulación se especifican y operatividad los objetivos estratégicos, las estrategias, las metas y los responsables, requerido para dar cumplimiento a la misión y la visión.

La aprobación y publicación de los Planes Operativos Anuales da cumplimiento *al artículo 74 de la ley 1474 de 2011*: “...todas las entidades del Estado a más tardar el 31 de enero de cada año, deberán publicar en su respectiva página web el Plan de Acción para el año siguiente, en el cual se especificarán los objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, los planes generales de compras y la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión junto a los indicadores de gestión”.

Tanto la Formulación como el informe de resultados del Plan Operativo Anual da cumplimiento a lo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la *Resolución 408 del 2018*, al Indicador: “Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional”, fórmula: “numero de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación”.

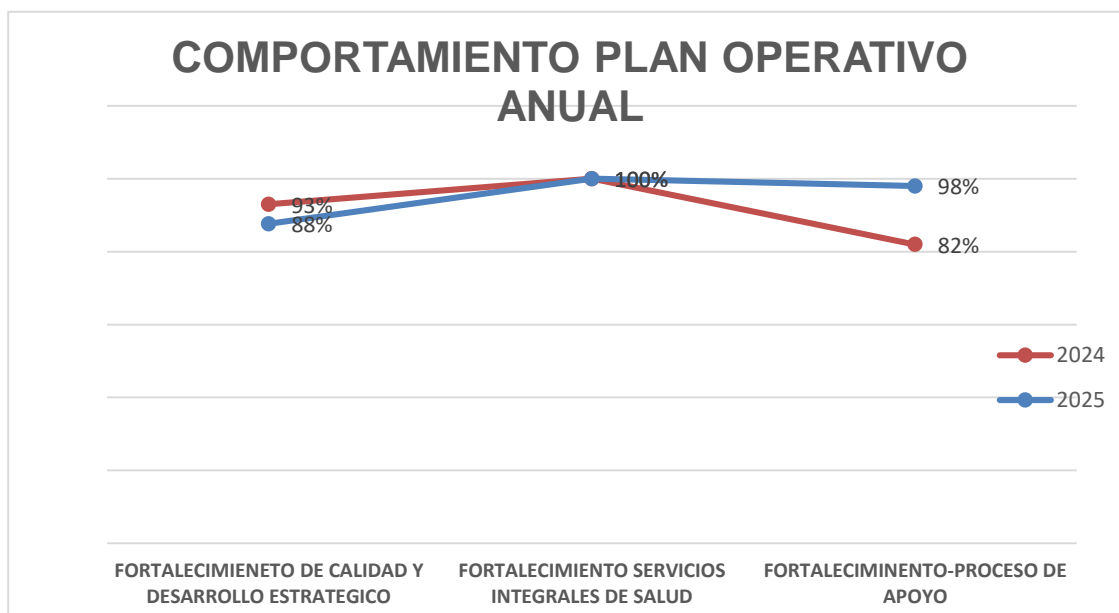
La estructura de los Planes Operativos por Sede y Proceso da cumplimiento a lo dispuesto en el *estándar 63 de la resolución 5095 del 2018* del Manual de Acreditación en Salud, según el cual la Entidad debe contar e implementar “un proceso de direccionamiento estratégico central. Existen planes operativos de los procesos e incluyen la contribución de las sedes al direccionamiento estratégico general. Los planes operativos cuentan con metas e indicadores que permiten evaluar la gestión de cada sede. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas”.

Se evalúa por cada meta cumplida en cada área estratégica. El porcentaje de cumplimiento total fue: **97%**.

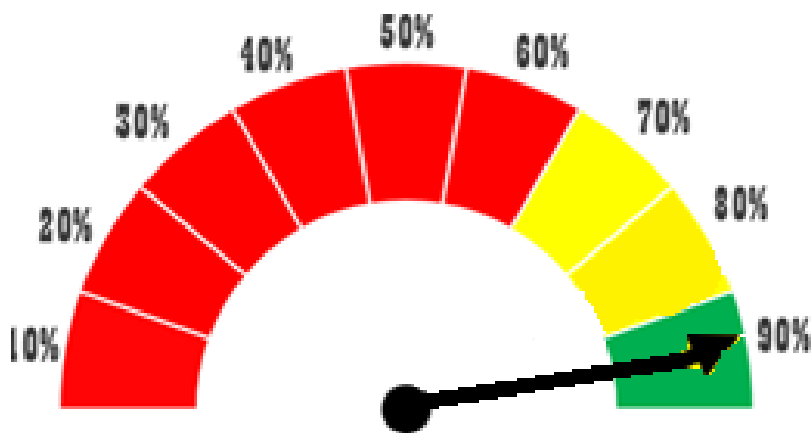
Se presentan a continuación un porcentaje de cumplimiento del plan de desarrollo, que se basa en el plan operativo de la anualidad.

**2. DESEMPEÑO PLAN OPERATIVO ANUAL DEL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2025**

INDICADOR ESTRATÉGICO	ENERO-DICIEMBRE
<b>AREA ESTRATÉGICA</b> FORTALECIMIENTO DE CALIDAD Y DESARROLLO ESTRATEGICO	<b>93%</b>
<b>AREA MISIONAL</b> FORTALECIMIENTO SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD	<b>100%</b>
<b>AREA ADMINISTRATIVA</b> FORTALECIMIENTO-PROCESO DE APOYO	<b>98%</b>
<b>PLAN OPERATIVO ANUAL 2025</b>	<b>97%</b>



Con base en el Plan de Desarrollo Institucional 2025 – 2028  
 “Ambiente seguro, responsabilidad de todos”



**Cumplimiento POA: 97%**



**Cumplimiento por Indicador Estratégico POA**

Teniendo en cuenta la fórmula que nos propone la resolución 408 de 2018:

Formula del Indicador : Numero de metas del POA ejecutadas /Numero de metas del POA programadas	Resultado Indicador 2025
Estándar	90%
Calificación	97%
Resultado Obtenido	5

## **INFORME PLAN OPERATIVO ANUAL 2025 - ANUAL**

*Con base en el Plan de Desarrollo Institucional 2025 – 2028  
“Ambiente seguro, responsabilidad de todos”*

Se realizó seguimiento y monitoreo del Plan Operativo Anual POA, su implementación por parte de la oficina de Control Interno y Calidad.

Los resultados obtenidos en cada uno de los objetivos estratégicos corresponden al promedio de los indicadores establecidos con su respectivo coeficiente.

### 3. RESULTADOS POR PROGRAMA ESTRATÉGICO

#### 3.1 FORTALECIMIENTO DE CALIDAD Y DESARROLLO ESTRATEGICO

Programa	Meta resultado	Indicador producto	Cumplimiento año 2025
MEJORAMIENTO ORGANIZACIONAL	Actualizar, Adoptar y Socializar la Estructura Organizacional, Manual de Procesos y Procedimientos de la ESE, Manual de contratación	Porcentaje de cumplimiento en la actualización de la estructura organizacional	100%
	Actualizar el reglamento y/o manual de Junta Directiva	Porcentaje de cumplimiento en la actualización en la estructura organizacional de la Junta directiva	100%
	Planear , construir y difundir la nueva Plataforma estratégica de la ESE enfocada principalmente a la seguridad y al trato humanizado y calidad del servicio	Porcentaje de cumplimiento en la actualización de la plataforma estratégica	100%
	Gestión ante Gobierno departamental y Municipal, para la consecución de la modernización de sedes de Mesolandia , Bellavista y Caracolí	Porcentaje de cumplimiento de nueva infraestructura para los sedes	100%
	Señalizar en la parte externa de la institución con Logo y señalización de servicio de Urgencia.	Porcentaje de cumplimiento de la señalización	100%
	Certificar nuestro servicios de las sedes con estándares del Sistema Único de Habilitación acorde a la norma y enfoque en el Sistema de Acreditación	Porcentaje de cumplimiento de certificación de habilitación	100%
	Gestacional la adquisición de una ambulancia de Transporte básico con recursos propios y/o con cofinanciación de entes nacionales o departamentales para garantizar traslado digno de pacientes de corregimiento de Caracolí y veredas	Porcentaje de cumplimiento de las acciones	100%
MEJORAMIENTO CONTINUO	Implementar en un 80% el sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud	94%
	Ejecutar el diligenciamiento de la matriz de indicadores	Porcentaje de cumplimiento de las acciones	100%
	Fortalecer el Sistema de Control Interno en la ESE	Porcentaje de cumplimiento en los procesos de Control Interno	90%
MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN AMBIENTAL	Implementar los requisitos del sistema de gestión ambiental de la Entidad	% de implementación del PGIH	100%
		% de implementaciones los programas	80%
			70%
			85%

SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Mejorar el funcionamiento y funcionalidad del sistema de información de la Entidad	% de cumplimiento de las acciones	100%
	Implementar los requisitos archivísticos y documentales de la Entidad	% de cumplimiento de las acciones	100%
COMUNICACIONES	Actualizar del Manual de Comunicaciones	% de cumplimiento de las acciones	100%
	Fortalecer el Call Center	% de cumplimiento de las acciones	100%
	Fortalecer la elaboración del boletín institucional, actualización y organización página web y de la las publicaciones en carteleras, la página web, redes sociales, cumpliendo con la normatividad vigente.	% de cumplimiento de las acciones	95%
	Fortalecer la entrega de exámenes de laboratorio por página web	% de cumplimiento de las acciones	40%

### 3.2 FORTALECIMIENTO SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD

Programa	Meta resultado	Indicador producto	Cumplimiento año 2025
FORTALECIMIENTO EN LA ATENCIÓN INTEGRAL	Incluir nuevos servicios y modalidades en el portafolio acorde a lo aprobado en el documento de red	% de cumplimiento de las acciones	100%
MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD	Capacitación del personal Misional en Modelo de Atención Integral en Salud	Personal Misional de la ESE Capacitado en Modelo Atención Integral en Salud	100%
	Implementar el Modelo Integral de Atención en Salud MIAS	Fortalecimiento de la demanda inducida interna	100%
	Implementar el Modelo Integral de Atención en Salud MIAS	Implementación política IAMII, AIEPI Y SERVICIOS AMIGABLES	100%
	Implementar el Modelo Integral de Atención en Salud MIAS	Porcentaje de ejecución del plan de intervenciones colectivas PIC	100%
	Implementar el Modelo Integral de Atención en Salud MIAS	Cumplimiento Gestión de Eventos Adversos	100%
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS	Indicador de oportunidad en consulta de primera vez con Odontología menor a 3	Oportunidad en consulta de primera vez por Odontología inferior a 3	100%
	Indicador de oportunidad en consulta de primera vez con médico general menor a 3	Oportunidad en consulta de primera vez por medicina general inferior a 3	100%

Con base en el Plan de Desarrollo Institucional 2025 – 2028  
“Ambiente seguro, responsabilidad de todos”

	Indicador de oportunidad en urgencias triage II menor a 30 minutos	Oportunidad en consulta de urgencias triage II menor a 30 minutos	100%
--	--------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	------

### 3.3 FORTALECIMIENTO-PROCESO DE APOYO

Programa	Meta resultado	Indicador producto	Cumplimiento año 2025
ACTUALIZACION DEL MANUAL DE FUNCIONES Y DEL ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL	Revisión y Actualización del Manual de Funciones, planes de Talento Humano y del Organigrama Institucional	Documento programado a actualizar	98%
DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	Ejecutar el plan estratégico de desarrollo del talento humano	Documentos de Plan de Seguridad y Salud en el trabajo	94%
	Fortalecer la ejecución Programa de Salud mental enfocado al bienestar de la salud mental de los colaboradores	Documentos del Programa de Salud Mental	94%
SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	Depurar la cartera con las EAPB	Numero de conciliaciones realizadas con las EAPB para la depuración de cartera ejecutadas/Total-depuraciones programadas	100%
	Radicar efectivamente de la facturación de la Entidad	Porcentaje de radicación oportuna de facturación	100%
	Disminuir las glosas por facturación	Porcentaje de glosas institucional	100%
MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN SALUD	Garantizar la ejecución del plan de mantenimiento hospitalario	Numero de planes de mantenimiento hospitalarios ejecutados	100%
MEJORAMIENTO DEL PROCESO CONTRACTUAL	Garantizar la gestión efectiva de los procesos contractuales	Porcentaje de cumplimiento en la actualización del manual de contratación	100%

## INFORME PLAN OPERATIVO ANUAL 2025 - ANUAL

Con base en el Plan de Desarrollo Institucional 2025 – 2028  
“Ambiente seguro, responsabilidad de todos”

<p><b>FORTALECIMIENTO DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN TICS</b></p>	<p>Gestionar la contratación. de un sistemas de seguridad y protección contra ataques cibernéticos</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento de la acción</p>	<p>100%</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------	-------------

## **4. ACCIONES DESARROLADAS EN CADA PROGRAMA.**

### **4.1 FORTALECIMIENTO DE CALIDAD Y DESARROLLO ESTRATEGICO**

#### **Programa Mejoramiento organizacional**

Se realizaron todas las acciones encaminadas en su cumplimiento lo cual arrojó un promedio del 100% de cumplimiento. En cumplimiento de la meta de actualizar, adoptar y socializar la estructura organizacional, este aspecto se realizó en la vigencia 2024 y sus evidencias están en la Oficina de calidad de la ESE; con respecto al manual de procesos y procedimientos de la ESE, los documentos actualizados se encuentran en el archivo de gestión Documental y el manual de contratación fue actualizado y e implementado acorde a la normatividad vigente.

Lo que respecta a la actualización del reglamento y/o manual de Junta Directiva este quedo realizada en la vigencia 2024 y reposa en el archivo de Junta.

La meta siguiente se relaciona con la primera y es de actualizar la plataforma estratégica de la ESE y esta acción se llevó a cabalidad y sus evidencias se tienen en las redes sociales de la ESE, en las actas de comité de gestión y desempeño.

Las siguientes metas hacen referencia a mejoramiento de la infraestructura de tres sedes y esta se cumplió en la vigencia 2024 cuando fue realizada esta intervención.

La siguiente meta se orienta al cumplimiento del sistema de garantías de la calidad en salud y exige la Certificación de nuestros servicios de las sedes con estándares del Sistema Único de Habilitación y esta se llevó a cabo acorde como se evidencia en el REPS, incluyendo la apertura de nuevos servicios ofertados por la ESE.

Y como ultima meta se encuentra la ampliación del parque automotor y esta se consiguió con la adquisición de una nueva ambulancia TAB, obtenida a través de la gestión con el ente territorial.

#### **Programa Mejoramiento continuo.**

En este programa de esta línea de acción el cumplimiento promedio fue del 95%; aquí la primera acción complementa el fortalecimiento de sistema de garantías de la calidad en

salud, pero soportado en el PAMEC aquí cabe resaltar que se han dado avances y que solo se exige a la fecha un cumplimiento del 40%, es un proceso exigente y se está en pro de ejecutarlo en su totalidad todas las evidencias reposan en el sistema de calidad.

La segunda meta si se realizó en su totalidad el periodo y esta el resultado en la matriz de indicadores gerenciales realizada en la vigencia.

El tercer aspecto está en un 90% del cumplimiento 2024-2025, aquí el sistema de control interno esta actualizado en la ESE, acorde a la normatividad vigente; pero la vigencia pasada no registra unas acciones que requiere en cada año el sistema y se está normalizando por eso la razón de su evaluación.

### **Programa sistemas de información.**

Cierra la vigencia con un cumplimiento promedio fue del 100%; aquí la primera acción contempla mejorar el funcionamiento y funcionalidad del sistema de información de la Entidad a través de la actualización del software en el módulo asistencia y facturación, esta acción la contrato la ESE y el proveedor la ejecuto esta meta se logra acorde con la línea establecida de progreso. Pero se continua con la ejecución de tareas para la siguiente vigencia.

La segunda meta se orienta más al proceso documental de la información y se cumple con la aprobación del plan de gestión documental adoptado y vigente

### **Programa comunicaciones.**

Es el último programa de esta línea de acción con un cumplimiento promedio del 84%; se realizó plan de comunicaciones en la vigencia y está en normalizado en la gestión documental, se implementó en la actualización del sistema nuevos reportes del módulo de citas como, citas por médico, citas canceladas por médico y citas por contrato de las EPS. Además, se realizó todo el 2025 actualización permanente de la información institucional en la página web, además de mantener todos los canales de redes sociales en permanente interacción dando cumplimiento a la normatividad vigente y por último se presentó diagnóstico y propuesta de este desarrollo y se está a la espera de asignación de presupuesto para su finalización. Se presentó una debilidad en lo que respecta al boletín institucional que se debe realizar y fue débil su contenido en la vigencia y el desarrollo para permitir la entrega de ayudas diagnosticas por la web.

## **4.2 FORTALECIMIENTO SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD**

### **Programa fortalecimiento en la atención integral.**

Esta meta consigue un cumplimiento del 84%; aquí se proyectó de manera estratégica la apertura de nuevos servicios y la ESE en la vigencia logro la apertura de fisioterapia, toma de muestra en Bellavista, fortalecimiento parque automotor, nueva ambulancia.

### **Programa modelo integral de atención en salud.**

Su cumplimiento fue del 100%; el objetivo principal fue fortalecer el talento humano en el modelo de atención integral MIAS, se focalizó en aspectos como aumento de la acción de demanda inducida y captación de pacientes, fortalecimiento de la aplicación de rutas de atención integral del Ministerio Implementadas en el marco de IAMII, AIEPI Y SERVICIOS AMIGABLES, el cumplimiento y articulación de plan de intervenciones colectivas y la seguridad del paciente.

### **Programa mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios ambulatorios y hospitalarios.**

La dirección científica del hospital reporta el cumplimiento del 100%; en este aspecto en la vigencia se evaluó la oportunidad en la asignación de citas y de traje acorde con la normatividad, presentando una oportunidad acorde a lo estipulado durante la vigencia.

## **4.3 FORTALECIMIENTO-PROCESO DE APOYO**

### **Programa actualización del manual de funciones y del organigrama institucional.**

Esta meta alcanza el 98% del cumplimiento en ella se encuentra el manual de funciones totalmente actualizado y aprobado por junta mediante acta de 2025, un total de cargos 38 cargos. Lo que respecta a los Planes de talento humano todos fueron realizados, publicados y ejecutados. El Organigrama de la ESE a su vez también fue actualizado. Queda pendiente por cumplir el 2% corresponde a talleres que no fueron posible realizar y quedaron programados para la vigencia 2026.

### **Programa desarrollo del talento humano.**

Esta meta alcanza el 94% íntimamente ligada al programa anterior, en su primera acción

*Con base en el Plan de Desarrollo Institucional 2025 – 2028*

*“Ambiente seguro, responsabilidad de todos”*

evalúa el desarrollo de plan estratégico en el componente de seguridad y salud en el trabajo; se cumple el programa a cabalidad quedando pendiente por cumplir Simulacro en puestos satélites y revisión de vacunas, titulación de Hepatitis B y vacuna de Meningococos, que se encuentran incluidos en el plan de la vigencia 2026.

En la segunda acción se orienta a fortalecer el programa de salud mental el cual se desarrolló acorde a la programación establecida, pendiente por cumplir Intervenciones a los trabajadores de acuerdo al resultado de la encuesta de riesgo-psicosocial en Salud Mental incluidos en el plan de la vigencia 2026.

### **Programa sostenibilidad financiera**

Esta meta alcanza el 100% de lo establecido para esta vigencia en cuanto a la depuración de cartera, se realizó conciliación con la EPS y se asistió a las mesas de conciliación en cumplimiento de la Circular 030 que se realizan en la gobernación. Para la cartera por evento el evento se realizó conciliación con CAJACOPI y esta se viene cancelando.

La segunda acción referente a la radicación oportuna de la facturación de servicios por modalidad de cápita, se presentó dificultades debido a la implementación de la resolución 2275 de 2023 en el sistema de información SIOS, esta situación causó retrasos en la radicación en los meses de abril, mayo y junio, que posteriormente se subsano para el tercer trimestre de 2025, una vez subsanado lo relacionado en el sistema de información SIOS se pudo hacer la radicación de la facturación correspondiente a la vigencia 2025.

En la facturación por modalidad de evento se han presentado retrasos en cumplimiento total por debilidades en el sistema de información en la adopción de los nuevos cambios normativos, a pesar se cumple con la meta estipulada para la vigencia"

Se dio respuesta oportuna a las glosas cápita y de evento, pero no se evidencia la retroalimentación para evitar que se repitan.

### **Programa mejoramiento de la infraestructura**

El plan de mantenimiento se realizó cumpliendo el 100% de lo establecido para esta vigencia. Se dio cumplimiento a la tarea establecidas en el cronograma establecido en el plan de mantenimiento 2025 evidenciado en las capacitaciones y actividades.

### **Programa mejoramiento del proceso contractual**

Esta acción fue realizada desde la vigencia 2024. cuando se Actualizó, y Socializó el Manual de Contratación, aprobado mediante Resolución No. 252 de 2024.

### **Programa fortalecimiento de seguridad y protección de la información TICS**

Esta meta cumple con el 100% ya que se logró la consecución de un sistema de seguridad gestionada a través de un fortín y antivirus al servidor, logrando de este modo contar con un sistema de Seguridad y protección de la información y con esta herramienta realizar seguimiento a sus acciones de posibles pérdidas o daños a la información del hospital.

## **5. . CONCLUSIONES FINALES**

Revisando el ponderado de programa por programa facilita la valoración promedio total del plan anual, esta se evidencia durante todo el presente documento, al compararla con la vigencia anterior tiene una tendencia al alza impulsada por aquellas actividades que lograron su cumplimiento total y cabe destacar que el grupo que conforma el indicador estratégico misional, que enmarca los servicios de salud este alcanzo el 100% de cumplimiento confirmando el compromiso gerencial en este aspecto.

**FIN DEL INFORME.**

**ORIGINAL FIRMADO**

Consolidó y Aprobó:

SERGIO IVAN KUNCEL MAURY  
Asesor de Control Interno

REGULO FLORIAN GIL  
Gerente