





NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 2 de 74

Presentado a:

## JUNTA DIRECTIVA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL NIEVL II

**JAIRO ALFONSO AGUILAR DELUQUE**

PRESIDENTE  
GOBERNADOR DPTO DE LA GUAJIRA

**CARLOS ANDRES DUARTE OSPINO**  
DELEGADO DEL GOBERNADOR ANTE LA JUNTA DIRECTIVA

**LEIDY ANDREA GONZÁLEZ YEPES**  
SECRETARIA SALUD DEPARTAMENTAL

**SHEILA MARINA BERMUDEZ LINARES**  
REPRESENTANTE SECTOR CIENTIFICO INTERNO

**MARIA ANGEL USTARIZ RAMOS**  
REPRESENTANTE SECTOR CIENTIFICO EXTERNO

REPRESENTANTE GREMIOS DE LA PRODUCCION

**YAMIN OSWALDO ARGOTE MENDOZA**  
REPRESENTANTE DE LA ALIANZA DE USUARIOS



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 3 de 74

## *Honorables miembros de la Junta Directiva:*

Presento ante ustedes el Informe de Gestión correspondiente al año 2025, como un ejercicio de transparencia institucional y de profundo compromiso con la comunidad que deposita su confianza en el Hospital San Rafael Nivel II. Este ha sido un año de importantes desafíos para el sector salud, pero también de grandes aprendizajes y avances.

Gracias al trabajo articulado de nuestro talento humano, hemos logrado fortalecer la prestación de los servicios, mejorar nuestros procesos y avanzar en la consolidación de una institución cada vez más eficiente, resolutiva y cercana a las necesidades de nuestros usuarios. Cada logro reflejado en este informe es el resultado del esfuerzo diario de médicos, enfermeros, personal asistencial, administrativo y de apoyo, quienes con vocación y responsabilidad contribuyen a que el hospital continúe siendo un pilar fundamental para la salud de nuestra comunidad.

Agradezco de manera especial a esta honorable Junta Directiva por su acompañamiento y orientación permanente, que han sido clave para seguir impulsando el desarrollo institucional y proyectar al hospital hacia un futuro de mayor sostenibilidad y calidad en la atención. Reafirmamos nuestro compromiso de continuar trabajando con responsabilidad, sensibilidad social y visión de futuro, para seguir fortaleciendo una institución al servicio de la vida y del bienestar de nuestro territorio.

Cordialmente,

*María Isabel Cristina González Suarez*



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 4 de 74

### Contenido

<b>PRESENTACION</b> .....	<b>6</b>
<b>MARCO JURIDICO</b> .....	<b>7</b>
<b>MARCO TEORICO</b> .....	<b>8</b>
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	<b>9</b>
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b> .....	<b>9</b>
<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>9</b>
<b>ESTRUCTURA PLAN DE GESTION GERENCIAL</b> .....	<b>10</b>
DIRECCION Y GERENCIA .....	11
<b>INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR</b> .....	<b>12</b>
<b>INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b> .....	<b>13</b>
<b>INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL</b> .....	<b>15</b>
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA.....	18
<b>GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</b> .....	<b>18</b>
<b>INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO</b> .....	<b>19</b>
<b>INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO (UVR) PRODUCIDA</b> .....	<b>20</b>
<b>INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO ADQUIRIDO MEDIANTE MECANISMOS DE A.-COMPRA CONJUNTA, B- COMPRAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE ESE C.- COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS</b> .....	<b>22</b>
<b>INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR</b> .....	<b>24</b>
<b>INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS</b> .....	<b>26</b>
<b>INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO</b> .....	<b>27</b>
<b>INDICADOR 10: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA</b> ..	<b>29</b>
<b>INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DEL 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016 – DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.</b> .....	<b>31</b>
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL.....	32
<b>GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL</b> .....	<b>32</b>



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 5 de 74

<b>INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES. ....</b>	<b>33</b>
<b>INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA .....</b>	<b>34</b>
<b>INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA.....</b>	<b>36</b>
<b>INDICADOR 15: NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ESPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.....</b>	<b>37</b>
<b>INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM). ....</b>	<b>38</b>
<b>INDICADOR 17: ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA .....</b>	<b>40</b>
<b>INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITAS PEDIÁTRICAS. ....</b>	<b>41</b>
<b>INDICADOR 19: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE OBSTETRICIA.....</b>	<b>43</b>
<b>INDICADOR 20: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE MEDICINA INTERNA .....</b>	<b>44</b>
<b>SOPORTES.....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO 3 .....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO 4 .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO 5 .....</b>	<b>73</b>



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 6 de 74

## PRESENTACION

El Plan de Gestión Gerencial constituye el instrumento marco para la evaluación de la gestión de la Gerencia y, a su vez, una herramienta de seguimiento permanente que permite identificar oportunamente desviaciones frente a los estándares definidos en los lineamientos estratégicos institucionales, el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios, la gestión del talento humano, la sostenibilidad financiera y la eficiencia en el uso de los recursos.

Durante la vigencia evaluada, la administración realizó un seguimiento sistemático al cumplimiento de los indicadores gerenciales mediante evaluaciones periódicas presentadas a consideración de la Honorable Junta Directiva en sus sesiones ordinarias. Este ejercicio permitió analizar el comportamiento de cada uno de los indicadores y adoptar oportunamente las acciones de mejora y ajustes requeridos en los componentes administrativos y asistenciales, con el propósito de alcanzar las metas establecidas en los 19 indicadores que conforman el Plan de Gestión.

El presente informe expone de manera general las acciones implementadas por la Gerencia para el cumplimiento de dichas metas, las cuales se encuentran articuladas con el Plan de Desarrollo Institucional y el Plan de Acción de la vigencia, en los que se definen de forma detallada las estrategias y actividades desarrolladas en cada línea estratégica.

En consecuencia, la Gerencia de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael Nivel II presenta a consideración de la Honorable Junta Directiva los resultados de la evaluación del Plan de Gestión Gerencial para la vigencia 2025, elaborados conforme a la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 710 de 2012 y sus modificaciones, para su respectivo análisis y evaluación de acuerdo con la normatividad vigente.



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 7 de 74

## MARCO JURIDICO

- **Artículo 342 de la constitución política de Colombia:** “La correspondiente ley orgánica reglamentará todo lo relacionado con los procedimientos de elaboración, aprobación, y ejecución de los planes de desarrollo y dispondrá los mecanismos apropiados para su armonización y para la sujeción a ellos de los presupuestos oficiales”.
- **Artículo 344 de la constitución política de Colombia:** Los organismos departamentales de planeación harán la evaluación de gestión y resultados sobre los planes y programas de desarrollo e inversión de los departamentos y municipios.
- **La ley 10 de 1990:** Donde se definen algunos lineamientos para la descentralización administrativa.
- **Ley 100 de 1993:** Por la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud y se adoptan otras disposiciones y establece los regímenes jurídicos para los afiliados y no afiliados a dicho sistema.
- **Ley 152 de 1994:** Por la cual se establece la ley orgánica del plan de desarrollo y tiene como propósito establecer procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo.
- **Ley 715 2004:** define “Las competencias y recursos para los entes territoriales del orden municipal y departamental, destinados para la salud y educación con cargo al sistema de participaciones.”
- **Ley 909 de 2005:** Carrera administrativa.
- **Ley 1122 de 2007:** Por medio de la cual se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 1876 de 1994:** hace referencia a la plataforma jurídica de las ESE.
- **Decreto 4445 de 1996:** El cual determina los requisitos esenciales vigentes de los hospitales. Las condiciones sanitarias que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud pública, privada o mixta, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento.
- **Decreto 1011 de 2006:** Por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.
- **Decreto 357 de 2008:** Por el cual se reglamenta la evaluación y reelección de gerentes y directores de las ESE del orden territorial.
- **Resolución 1043 de 2006:** Por medio del cual se establece el Sistema Único de Habilitación en Salud
- **Resolución 710 de 2012:** Por medio del cual se define la metodología para el diseño, elaboración y evaluación del plan de gestión de los gerentes de las ESE.
- **Resolución 743 de 2013:** Por medio del cual se modifica la resolución 710 y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución 2003 de 2014,** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud
- **Acuerdo 225 de 2002:** Por medio del cual se fijan las condiciones para la operación del régimen subsidiado y se dictan otras disposiciones.
- **Acuerdo 229 de 2002:** Por el cual se define la UPC-S que se destinará para la financiación de las acciones de promoción y prevención para el régimen subsidiado a cargo de las entidades territoriales y las administradoras del régimen subsidiado.
- **Acuerdo 001 de 2002:** Mediante el cual se fija el régimen de prestaciones sociales para los empleados públicos y reguló el régimen prestacional mínimo de los trabajadores oficiales del nivel territorial.
- **Ley 1438 de 2011:** por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Resolución 408 del 2018:** Por medio del cual se modifica los anexos 2, 3 y 4 de la Resolución 710 del 2012, modificada por la Resolución 743 del 2013
- **Resolución 1097 del 2018:** Por medio del cual se corrige la Resolución 408 del 2018.



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 8 de 74

## MARCO TEORICO

**LA GESTIÓN**, Se refiere a la búsqueda de la eficiencia y la productividad en la Empresa Social del Estado para formular, ejecutar y evaluar actividades de valor estratégico que harán posible alcanzar sus objetivos, incluye las funciones de liderar y dirigir, planear, organizar y controlar la empresa, a través de las acciones necesarias para el cumplimiento de las metas tanto de gestión, como de resultado para la evaluación que valorará el desempeño gerencial.

**LA DIRECCIÓN**, involucra factores estratégicos y de comunicación, pero, fundamentalmente, se ocupa del sistema de toma de decisiones a través de la cual se ejerce el liderazgo necesario para emprender acciones y proyectos claves para la organización en el cumplimiento de sus objetivos. Para las Empresas Sociales del Estado del nivel Territorial, esta es un área de gestión clave, que depende en gran medida, del conjunto de acciones realizadas por la Junta Directiva en las fases de selección, seguimiento a la gestión y evaluación del Gerente de la entidad. Pero una vez posesionado el Gerente, este será el responsable de la función de dirección, con el acatamiento de las directrices de la Junta y los aportes propios para su desarrollo.

**LA PLANIFICACIÓN**, corresponde, a la visualización global de la empresa Social del Estado y su entorno, en cumplimiento de su razón de ser, para un periodo determinado. Para la formulación y evaluación de los planes en las Empresas Sociales del Estado, se requiere: acopiar y procesar información clave, tanto de la entidad como del entorno territorial, así, como también, de las interrelaciones con los planes nacionales de desarrollo y de salud, y demás variables que afecten la salud de la población e influyan en el funcionamiento de la institución. Esta información es el referente para la formulación de estrategias y objetivos y, en particular, de las metas de gestión y de resultados de las ESE.

**EL CONTROL**, permite a la Empresa Social del Estado, y en particular al Gerente, la vigilancia y supervisión de las acciones y por lo tanto, la detección oportuna de las desviaciones de los objetivos o de las metas, que se puedan generar en el accionar de la ESE, y en la ejecución de los planes, con el fin de establecer oportunamente los correctivos necesarios.

**LA EVALUACIÓN**, se deriva del control, y examina los resultados de los planes, y los compromisos pactados por la ESE, en especial, los contenidos en el Plan de Gestión y las relaciones interfuncionales del mismo. Mediante análisis objetivo y comunicación permanente, genera información que debe ser utilizada por los responsables de las áreas implicadas para adelantar las acciones correctivas necesarias, así como, por la Junta Directiva y el Gerente de la entidad para ajustar los procesos y acciones inherentes a cada función que afecten la gestión y el desempeño institucional.



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 9 de 74

## OBJETIVO GENERAL

Presentar ante los miembros de la Honorable Junta Directiva de la ESE Hospital San Rafael Nivel II, los resultados alcanzados durante la vigencia 2025 en cada uno de los 19 indicadores de las diferentes áreas de gestión, definidos en el Plan de Gestión Gerencial 2024-2028, mediante un informe ejecutivo para su respectivo análisis y evaluación, conforme a los lineamientos de las Resoluciones 710 del 2012, 743 del 2013 y 408 del 2018.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar el comportamiento de cada uno de los indicadores del Plan de Gestión Gerencial, aplicando la metodología y ponderación establecida en la normatividad vigente, y realizar el análisis de sus resultados, logros y dificultades durante la vigencia 2025.
- Presentar a la Honorable Junta Directiva los resultados obtenidos en cada una de las áreas de gestión, con el fin de facilitar el proceso de evaluación institucional del desempeño gerencial.
- Proponer acciones de mejora orientadas a fortalecer la gestión institucional y consolidar estrategias que permitan mantener y mejorar los resultados alcanzados durante el periodo gerencial.

## METODOLOGIA

La presente evaluación se desarrolla conforme a los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la evaluación del Plan de Gestión de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, tomando como referencia lo establecido en los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011 y en la metodología definida en la Resolución 710 de 2012 y sus modificaciones.

Para tal efecto, se realizó el análisis del cumplimiento de cada uno de los indicadores establecidos en el Plan de Gestión Gerencial, aplicando los criterios de medición, ponderación y evaluación definidos en la normatividad vigente, con base en la información institucional disponible y los resultados reportados durante la vigencia 2025.



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 10 de 74

## ESTRUCTURA PLAN DE GESTION GERENCIAL

La presentación de dicho informe se realizó mediante la consolidación de los logros alcanzados en cada uno de los indicadores de acuerdo a las tres áreas del plan de gestión vigencia 2021 de la siguiente forma:

- AREA DE DIRECCION Y GERENCIA: 3 INDICADORES
- AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 7 INDICADORES
- AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 9 INDICADORES

## ETAPAS DEL PLAN DE GESTION



Etapa	Descripción
Preparación	Análisis de la situación institucional que sirve de base para la elaboración del Plan de Gestión.
Formulación	Definición de objetivos, metas e indicadores que orientan la gestión del gerente.
Aprobación	Revisión y aprobación del Plan de Gestión por parte de la Junta Directiva.
Ejecución	Implementación de las acciones y estrategias para cumplir las metas establecidas.
Evaluación	Seguimiento y medición del cumplimiento de los indicadores del Plan de Gestión.



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 11 de 74

# DIRECCION Y GERENCIA

**EQUIPO LÍDER**

**DIRECCIÓN Y GERENCIA**

**FUERZA OPERATIVA**

**MISIÓN**

- Brindar servicios de salud de alta calidad, nominacia y dernado y ninos.
- Brindar tus medimoteración de cada lobormiento.
- Promor contralos y pranteta de connerailidad.

**VISION**

Ser líderes en atención médica integral, y preniias de intumación poscolara.

**NUESTROS VALORES**

- Ética
- Compromiso
- Empatía
- Reflexios

**CUIDADO MISIONAL**

**ATENCION PROFESIONAL**

**ATENCION PROFESIONAL**

# 20%

*“El objetivo de esta área es implementar y mantener la integración de objetivos e intereses de la ESE en torno a la Misión y Objetivos institucionales, establece las políticas, el direccionamiento y se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como una unidad que plantea un modelo de mejoramiento continuo y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud.”*



NIT: 892115010-5  
COD: 446500286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 12 de 74

#### INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR

FUENTE DE INFORMACION	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior	FORMULA	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior
-----------------------	---	---------	---

#### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

Para la vigencia **2025**, y tras la ejecución de los planes de mejora derivados de la autoevaluación anterior (2,58), la institución ha logrado una consolidación estratégica reflejada en una calificación promedio de **3,154** sobre 5. Este resultado evidencia un crecimiento del **22%** respecto al año 2024, destacando un fortalecimiento integral en todos los grupos de estándares, donde áreas como **Mejoramiento Continuo (3,3)** y **Direccionamiento (3,21)** lideran el desempeño institucional. Por primera vez en el histórico 2020-2025, la ESE supera el umbral de los 3,0 puntos en prácticamente la totalidad de sus procesos, alcanzando un indicador de resultado de **1,22**. Este avance técnico y operativo, soportado documentalmente en la Oficina de Calidad, ratifica la efectividad de las proyecciones administrativas y financieras ejecutadas, estableciendo una línea de base robusta para la sostenibilidad y la excelencia en la prestación del servicio.

GRUPO DE ESTÁNDARES	AUTOEVALUACIÓN					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	HISTORICO			LINEA DE BASE	RESULTADO	RESULTADO
Cliente Asistencial	1,2	1,32	1,51	2	2,30	2,997
Direccionamiento	1,11	1,39	1,82	2,2	2,72	3,215
Gerencia	1,13	1,47	1,74	2,1	2,58	3,2
Talento Humano	1,13	1,37	1,66	2,1	2,58	3,141
Ambiente Físico	1,05	1,44	1,81	2,3	2,73	3,2
Información	1,16	1,47	1,54	2	2,60	3,16
Tecnología	1,08	1,36	1,84	2,3	2,40	3,021
Mejoramiento Continuo	1,1	1,28	1,92	2,2	2,70	3,3
Calificación de 1 a 5	1,12	1,39	1,73	2,15	2,58	3,154
RESULTADO INDICADOR 2025						1,22

Este proceso de mejoramiento continuo, iniciado de manera organizada y responsable bajo la presente administración, ha alcanzado en la vigencia **2025** su punto de madurez más alto. Con una calificación histórica de **3,154**, los resultados confirman que el entrenamiento de nuestros grupos de trabajo ha sido efectivo, logrando una ejecución impecable en las actividades exigidas por el ciclo de autoevaluación.

Estos avances, que reflejan un crecimiento del **22%** respecto al año anterior, no son solo cifras técnicas; representan una transformación real en la **calidad sentida** por nuestros usuarios. Los indicadores obtenidos en 2025 son el insumo definitivo para iniciar formalmente la **ruta crítica de acreditación**, posicionando a la ESE en un escenario propicio para la excelencia. Contamos hoy con un equipo empoderado y procesos estabilizados que nos permiten asegurar la sostenibilidad de la recuperación institucional y garantizar, con evidencia técnica y humana, la calidad superior que nuestros usuarios merecen.



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

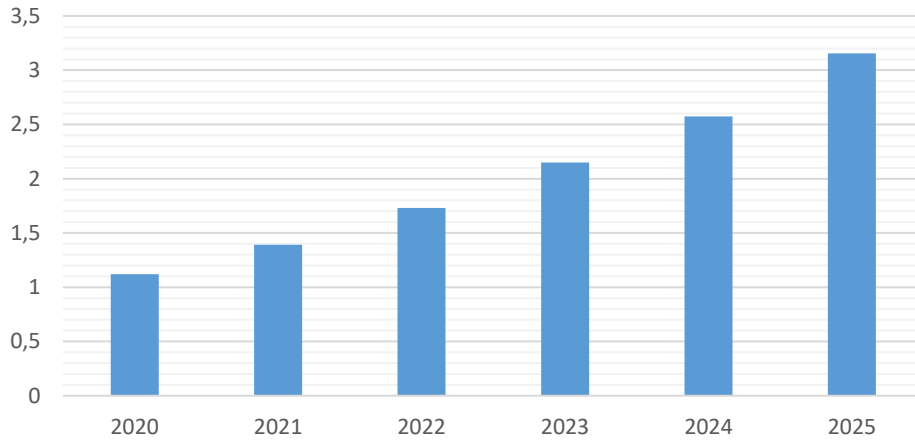
Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 13 de 74

### COMPORTAMIENTO PROCESO AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION



El resultado del indicador al comparar la calificación promedio alcanzada en el año de la vigencia evaluada del año 2025 y compararlo con la calificación promedio lograda en la vigencia inmediatamente anterior fue de **1,22**

#### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Todos los soportes y actas se encuentran disponibles para su consulta en la oficina asesora de planeación y garantía de la calidad para su debida revisión y consulta.

#### INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

FUENTE DE INFORMACION	Superintendencia Nacional de Salud	FORMULA	Relación del N <sup>a</sup> de Acciones de Mejora ejecutadas derivadas de las Auditorías realizadas/ No de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de Auditoria registrados en el PAMEC

#### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

Durante la vigencia 2025, la institución ha mantenido un desempeño histórico sobresaliente en la ejecución de acciones de mejora derivadas de auditorías, consolidando una tendencia favorable que ha superado consistentemente el estándar mínimo institucional de  $\geq 0,90$  en los últimos cuatro años. Con una línea base robusta de **0,97** alcanzada en 2023 y un cumplimiento del **95%** en 2024, la ESE demuestra una capacidad de respuesta administrativa y técnica que respalda directamente nuestra ruta hacia la acreditación. Para la vigencia 2025, se programaron **382 acciones de mejora**, de las cuales **372 se ejecutaron exitosamente**, representando un avance dinámico del **0,97** el cual fue reportado ante la Superintendencia Nacional de Salud bajo la Circular 012 de 2016.

Este avance operativo se destaca por el cumplimiento del **100% de las metas programadas** en los grupos de estándares de **Direccionamiento, Ambiente Físico y Mejoramiento de la Calidad**, áreas que han servido de pilar para la estabilidad institucional. Asimismo, grupos críticos como **PACAS** (con 128 metas programadas) y **Gerencia** muestran una ejecución disciplinada que garantiza



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 14 de 74

el cierre de brechas en la prestación de servicios. Los resultados favorables obtenidos, debidamente soportados en la Oficina de Calidad, ratifican el compromiso de la actual administración con la transparencia y la excelencia operativa, proyectando a la ESE como un referente de gestión eficiente y calidad sentida para cada uno de nuestros usuarios.

ITEM	GRUPO	FECHA PROGRAMACION												TOTAL METAS			
		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		PROGRAMADAS	CUMPLIDAS
		P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C				
1	PACAS	39	28			31	32			30	32			29	32	129	124
2	DIRECCIONAMIENTO	11	8			13	11			5	10			11	11	40	40
3	GERENCIA	13	11			16	12			11	17			15	15	55	55
4	T. HUMANO	10	7			15	15			8	7			14	16	47	45
5	AMBIENTE FISICO	8	8			4	4			7	7			6	6	25	25
6	G. TECNOLOGIA	6	6			7	7			5	5			5	5	23	23
7	G. INFORMACION	9	6			12	13			8	8			12	11	41	38
8	M.DE LA CALIDAD	2	2			9	9			6	6			5	5	22	22
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORAS</b>		<b>98</b>	<b>76</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>107</b>	<b>103</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>80</b>	<b>92</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>97</b>	<b>101</b>	<b>382</b>	<b>372</b>
<b>0.97</b>																	

### Estado de Avance PAMEC - Vigencia 2025

Este desempeño sobresaliente no es un resultado coyuntural, sino la culminación de una estrategia técnica y administrativa liderada por la actual gerencia. Al cierre de 2025, el **análisis histórico de las últimas cinco vigencias** ratifica una tendencia de crecimiento constante y favorable; los indicadores no solo han cumplido, sino que han **superado con creces el estándar institucional exigido**. Este comportamiento asegura la sostenibilidad del modelo de atención y proyecta a la ESE como una entidad sólida, eficiente y técnicamente preparada para los desafíos de la alta calidad en salud.

VARIABLES	ESTANDAR	RESULTADO		RESULTADO		RESULTADO		LINEA BASE		RESULTADO	
		2021		2022		2023		2024		2025	
NUMERADOR	Relación del Nº de Acciones de Mejora ejecutadas derivadas de las Auditorias realizadas	156		156		258		309		372	
DENOMINADOR	Relación del Nº de Acciones de Mejora programadas derivadas de las Auditorias realizadas	172		170		265		324		382	
	≥ 0,90		0,91		0,92		0,97		0,95		0,97

### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Todos los soportes y actas se encuentran disponibles para su consulta en la oficina asesora de planeación y garantía de la



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 15 de 74

calidad para su debida revisión y consulta.

- Reporte de cumplimiento expedido por la Supersalud

### INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

<b>FUENTE DE INFORMACION</b>	Informe del responsable de planeación de la ESE de lo contrario Informe de Control Interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener el listado de las metas del Plan Operativo Anual del Plan de Desarrollo aprobado programados en la vigencia objeto de la evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO) y el cálculo del indicador.	<b>FORMULA</b>	Numero de metas del Plan Operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación / Numero de metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de la evaluación
------------------------------	--	----------------	---

#### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

Al cierre de la vigencia **2025**, el Hospital San Rafael de San Juan del Cesar alcanzó un **cumplimiento del 100%** de su Plan Operativo Anual. De las **157 actividades programadas** para el ejercicio, distribuidas en los 12 meses del año, se ejecutaron satisfactoriamente la totalidad de las mismas (**157/157**). Este resultado arroja un indicador final de **1.0**, superando con éxito el estándar institucional definido de  $\geq 0,90$ .

Es importante resaltar que, tras un histórico de cumplimiento sólido desde 2021, la vigencia 2025 ratifica la capacidad operativa de la institución para cumplir con metas de alta complejidad. La gestión no solo se limitó al cumplimiento de procesos administrativos, sino que garantizó el **100% de ejecución** en áreas críticas como:

- **Gestión Financiera:** Mantenimiento del equilibrio gasto/producción y depuración de cartera.
- **Infraestructura y Dotación:** Culminación de proyectos de remodelación y adquisición de equipos biomédicos.
- **Calidad Asistencial:** Garantía de oportunidad en citas de especialistas (Pediatría, Obstetricia y Medicina Interna) y aplicación estricta de guías clínicas.

ITEM	METAS POA 2025	FECHA PROGRAMACION												TOTAL ACTIVIDADES			METAS PROGRAMADAS	METAS CUMPLIDAS													
		ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUNI		JUL		AGO			SEP		OCT		NOV		DIC		PROG	CUMPL	%		
		P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P			C	P	C	P	C	P	C						
1	Mantener el equilibrio de los gastos operacionales con relación a la producción					1	1					1	1					1	1					1	1	4	4	100%	1	1	
2	Disminución de las deudas por concepto de talento humano administrativo y asistencial					1	1					1	1					1	1					1	1	4	4	100%	1	1	
3	Implementar políticas de pago y seguimiento estricto a las cuentas por cobrar																1	1							1	1	100%	1	1		
4	Depurar la cartera mayor a 360 días	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	12	100%	1	1







NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 18 de 74

# FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

**ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**  
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II  
SAN JUAN DEL CESAR/ LA GUAJIRA

**GERENCIA FINANCIERA INSTITUCIONAL**

**MISIÓN**  
Garantizar la sostenibilidad financiera y la eficiencia administrativa para un óptimo servicio de salud y promover contralorías sociales.

**VISIÓN**  
Ser líderes en la gestión económica hospitalaria y la administración estratégica de recursos para un modelo de salud ejemplar.

**NUESTROS VALORES**

- TRANSPARENCIA CONTABLE
- EFICIENCIA EN EL GASTO
- RESPONSABILIDAD FISCAL
- COMPROMISO INSTITUCIONAL

**TALENTO HUMANO FINANCIERO**

**EQUIPO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA**

**RECURSOS Y CONTROL**

40%

*“Orienta la administración eficiente de los recursos humanos, financieros y físicos de la entidad, garantizando el cumplimiento de las obligaciones institucionales y el adecuado soporte a la prestación de los servicios de salud”*



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 19 de 74

#### INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

<b>FUENTE DE INFORMACION</b>	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizadas en riesgo medio y alto.	<b>FORMULA</b>	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.
------------------------------	--	----------------	---

#### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

Este indicador para la vigencia 2024, su resultado fue SIN RIESGO, según lo relacionado en la Resolución 980 del 2024, luego de tres vigencias sin valoraciones por efectos de la medida de emergencia sanitaria.

VARIABLE	CALIFICACION
Año 2024 Resolución 980 (con información cierre año 2023)	Sin riesgo
Año 2023 Resolución 851 (con información cierre año 2022)	Sin riesgo
Año 2022 No se aplicó porque la Resolución 856 estuvo vigente hasta el 30 de Junio de 2022.	No aplica
Año 2021 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2020 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2019 Resolución 1342 (con información cierre año 2018)	Riesgo bajo
Año 2018 Resolución 2249 (con información cierre año 2017)	Sin riesgo
Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Riesgo bajo
Año 2015 Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Sin riesgo
Año 2014 Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Sin riesgo
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Riesgo bajo
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Sin riesgo

Teniendo en cuenta que este indicador nos mide de manera integral la liquidez de la ESE y su efectividad en el manejo de sus finanzas, durante cada vigencia analizamos el resultado obtenido; aun en los años que fue suspendida por efectos de los estragos en las finanzas públicas de la medida sanitaria de la pandemia del Covid 19 y teniendo en cuenta que según lo estipulado en la normatividad vigente la ponderación de este indicador no aplica cuando esta SIN RIESGO, con miras a analizar las diferentes variables, se viene realizando un análisis de los indicadores que hacen parte de la categorización de dicho riesgo durante todas las vigencias desde el año 2015 hasta la actual vigencia donde todo el periodo correspondiente a la actual administración, la ESE se mantiene en una situación SIN RIESGO fiscal y financiero, lo que se traduce en una recuperación financiera de la misma y el resultado de los esfuerzos por alcanzar el equilibrio operacional.



NIT:892115010-5  
COD: 446500286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

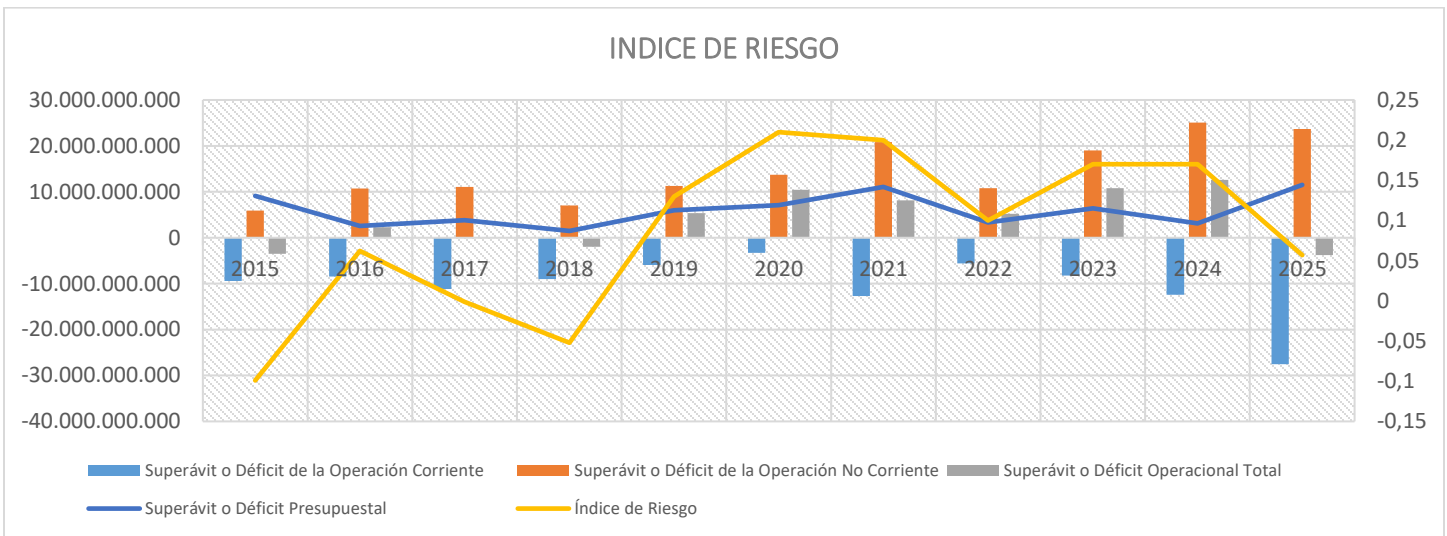
Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia:22/07/2020

Página 20 de 74

INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Superávit o Déficit de la Operación Corriente	-9.412.127.205	-8.415.322.931	-11.133.126.186	-8.997.756.522	-5.904.969.888	-3.282.811.030	-12.686.839.940	-5.601.341.730	-8.255.367.351	-12.436.872.305	-27511350803
Superávit o Déficit de la Operación No Corriente	5.923.304.693	10.708.045.842	11.098.872.107	7.059.791.885	11.257.520.291	13.734.152.038	20.854.835.174	10.818.593.699	19.030.090.727	25.060.867.221	23714787462
Superávit o Déficit Operacional Total	-3.488.822.512	2.292.722.912	-34.254.079	-1.937.964.637	5.352.550.403	10.451.341.008	8.167.995.233	5.217.251.968	10.774.723.376	12.623.994.916	-3796563341
Índice de Riesgo	-0,099	0,062	-0,001	-0,052	0,13	0,21	0,20	0,10	0,17	0,17	0,057
Superávit o Déficit Presupuestal	9.146.094.421	2.570.697.496	3.807.130.377	1.482.513.582	5.982.301.153	7.116.592.022	11.090.351.977	3.307.814.867	6.386.915.423	3.105.351.376	11512579945



### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Publicación plataforma SIHO, Ficha técnica vigencia 2024.

### INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO (UVR) PRODUCIDA

FUENTE DE INFORMACION	FORMULA
Ficha técnica de la página Web del SIHO del MSPS	$\frac{\text{(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el año objeto de la evaluación)} / (\text{Numero de UVR producidas en la vigencia})}{\text{(Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constante del año objeto de la evaluación)} / (\text{No de UVR producidas en la vigencia anterior})}$



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 21 de 74

#### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

DETALLE	HISTORICO				LINEA DE BASE	RESULTADOS
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Gasto de Funcionamiento	30.036.312.573	32.828.216.491	34.531.884.267,00	38.764.493.774	48.586.435.076,00	57.794.593.845,00
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	5.365.274.979	8.010.087.192	8.699.558.228,00	9.657.890.940	11.097.648.328,00	12.693.664.252,00
<b>TOTAL GASTOS</b>	<b>35.401.587.552</b>	<b>40.838.303.683</b>	<b>43.231.442.495</b>	<b>48.422.384.714</b>	<b>59.684.083.404</b>	<b>70.488.258.097</b>
VARIACION		15	6	12	23	18
<b>Producción Equivalente UVR</b>	<b>2.461.951,28</b>	<b>2.955.511,76</b>	<b>3.165.781,94</b>	<b>3.328.782,16</b>	<b>3.533.929,96</b>	<b>3.790.073,41</b>
VARIACION		20	7	5	6	7
<b>TOTAL GASTO / UVR</b>	<b>14.379,48</b>	<b>13.817,68</b>	<b>13.655,85</b>	<b>14.546,58</b>	<b>16.888,87</b>	<b>18.598,12</b>
<b>INDICADOR</b>		<b>0,96</b>	<b>0,99</b>	<b>1,07</b>	<b>1,16</b>	<b>1,10</b>
<b>ESTANDAR</b>	<b>0,90</b>	<b>0,90</b>	<b>0,90</b>	<b>0,90</b>	<b>0,90</b>	<b>0,90</b>

Durante la vigencia **2025**, el Hospital San Rafael alcanzó un indicador de equilibrio operacional de **1,10**, resultado que supera satisfactoriamente el estándar institucional definido de  $\geq 0,90$ . Este indicador mide la relación entre el crecimiento del gasto total y el crecimiento de la producción equivalente en Unidades de Valor Relativo (UVR). Un resultado superior a la unidad confirma que la ESE ha logrado optimizar sus recursos, manteniendo una producción de servicios que respalda financieramente la estructura de gastos.

El análisis detallado del comportamiento financiero y operativo muestra un crecimiento armónico en la gestión:

- **Producción UVR:** Se alcanzó una producción de **3.790.073,41 UVR**, lo que representa un crecimiento del **7%** respecto a la vigencia anterior, evidenciando una mayor utilización de la capacidad instalada y una oferta de servicios dinámica.
- **Gasto Total:** Si bien el gasto se situó en **\$70.488.258.097**, el incremento del **18%** responde a la expansión de los servicios y la inversión en la ruta de acreditación. Sin embargo, gracias a la eficiencia operativa, el **Gasto por UVR (\$18.598)** se mantiene dentro de rangos competitivos para un hospital de Nivel II.

A pesar de las presiones inflacionarias y el aumento en los gastos de funcionamiento, la institución ha demostrado una **gestión financiera resiliente**. El mantenimiento del indicador en **1,10** garantiza que la ESE no solo es productiva, sino financieramente responsable, asegurando el equilibrio necesario para reinvertir en tecnología y calidad sin comprometer la viabilidad operativa del hospital.

VARIABLES	ESTANDAR	HISTORICO										LINEA DE BASE		RESULTADOS		
		2019		2020		2021		2022		2023		2024	2025			
<b>NUMERADOR</b>	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el año objeto de la evaluación) / (Numero de UVR producidas en la vigencia)	<b>&lt; 0,90</b>	10.801	<b>0,99</b>	14.380	<b>1,33</b>	13.818	<b>0,96</b>	13.656	<b>0,99</b>	14.547	<b>1,07</b>	16.889	<b>1,16</b>	18.598	<b>1,10</b>



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

Código: GCO-F-CE-01

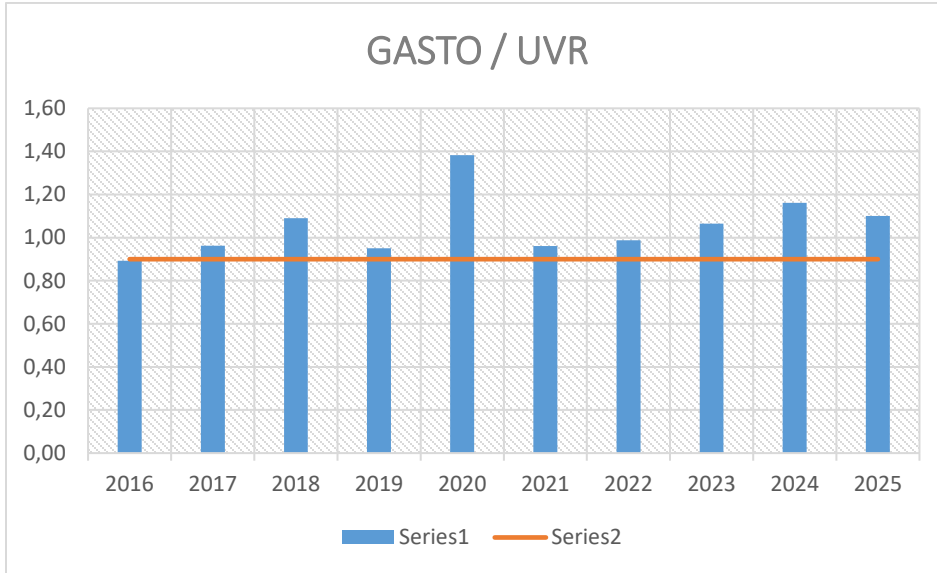
Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

### GESTION DE COMUNICACIONES

Página 22 de 74

DENOMINADOR	(Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constante del año objeto de la evaluación) / (No de UVR producidas en la vigencia anterior)	10.940	10.801	14.380	13.818	13.656	14.547	16.889	



### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Ficha técnica SIHO 2025

### INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO ADQUIRIDO MEDIANTE MECANISMOS DE A.-COMPRA CONJUNTA, B- COMPRAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE ESE C.- COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS

<b>FUENTE DE INFORMACION</b>	<p>Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con el Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de Control Interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1.- Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material medicoquirurgicos en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismo de compra a),b) y c) 2.- Valor total de adquisiciones de medicamentos y material medicoquirurgicos de la vigencia evaluada por otros mecanismo de compra; 3.- Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material medicoquirurgicos de la vigencia evaluada.</p>	<b>FORMULA</b>	<p>Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de siguientes mecanismos: a).- compra conjunta, b).- compra a través de cooperativas de ESE y c).- compra a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada.</p>
------------------------------	---	----------------	--

ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 23 de 74

Durante la vigencia **2025**, la ESE Hospital San Rafael de San Juan del Cesar realizó adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico por un valor total de **\$12.693.664,25**. Al analizar el indicador de compras a través de mecanismos conjuntos, cooperativas o plataformas electrónicas, se registra un resultado del **0%**, manteniendo la tendencia de las vigencias anteriores. Este comportamiento sitúa el indicador por debajo del estándar del 70%, debido a que la institución ha priorizado un modelo de **contratación directa con proveedores certificados**.

El no uso de mecanismos de compra conjunta o cooperativas responde a una estrategia de **aseguramiento de la cadena de suministros**. En el contexto de un Hospital de Nivel II, la compra directa permite:

- **Oportunidad en la Entrega:** Reducción de tiempos de espera que suelen presentarse en las compras conjuntas de gran escala.
- **Control de Calidad Directo:** Gestión inmediata con laboratorios y distribuidores para garantizar la trazabilidad de los insumos asistenciales.
- **Flexibilidad Operativa:** Ajuste de pedidos según el perfil epidemiológico y la demanda real del hospital, evitando el sobrecosto por almacenamiento de insumos de baja rotación.

**3. Comportamiento Histórico y Proyección** A pesar de no utilizar los mecanismos evaluados por este indicador específico, el Hospital ha garantizado el **suministro ininterrumpido** de insumos para la prestación del servicio durante los últimos 6 años, manejando presupuestos que han crecido de manera responsable desde los 5 mil millones en 2019 hasta los 11 mil millones en 2024.

Si bien el indicador normativo se encuentra en proceso de alineación, la gestión del Hospital San Rafael ha cumplido con el objetivo de fondo: **el abastecimiento total para la atención al paciente**. Para las próximas vigencias, la institución evaluará la viabilidad de integrarse a mecanismos de economía de escala (compras conjuntas) siempre que estos no comprometan la oportunidad y la seguridad en la prestación del servicio de salud que caracteriza a nuestra entidad.

DETALLE	HISTORICO				LINEA DE BASE	RESULTADO	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
compra conjunta							
compra a través de cooperativas de ESE							
mecanismos electrónicos							
<b>Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de siguientes mecanismos: a).- compra conjunta, b).- compra a través de cooperativas de ESE y c).- compra a través de mecanismos electrónicos</b>	-	-	-	-	-	-	-
Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médicoquirúrgicos de la vigencia evaluada	5.377.107.090	5.365.274.979	8.010.087.192	8.699.558.228	9.657.890.940	11.097.648.328	12.693.664,25
<b>PORCENTAJE DEL INDICADOR</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>ESTANDAR</b>	<b>70%</b>	<b>70%</b>	<b>70%</b>	<b>70%</b>	<b>70%</b>	<b>70%</b>	<b>70%</b>



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

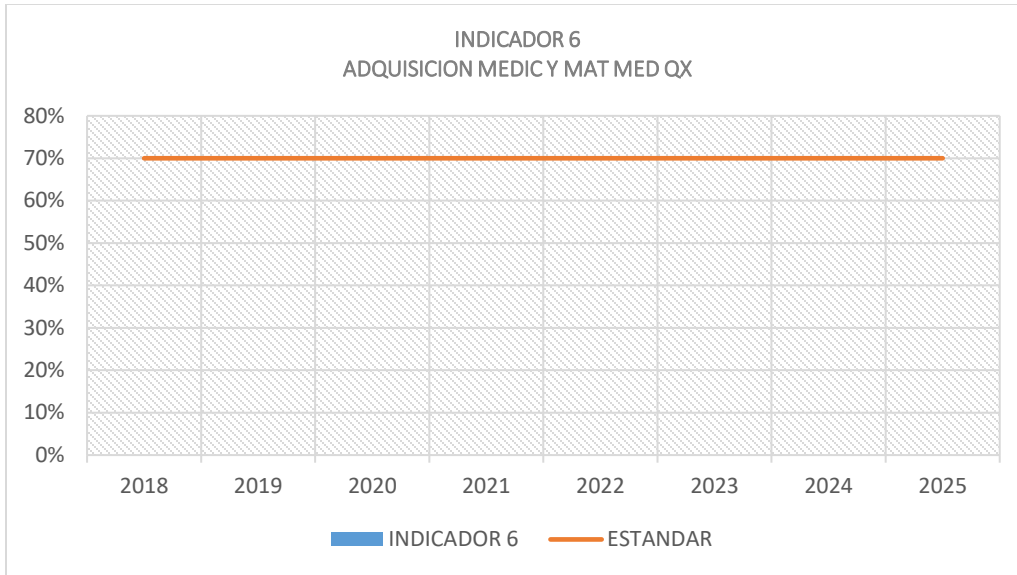
### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 24 de 74



#### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Certificación suscrita por el Revisor Fiscal de la ESE.

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

FUENTE DE INFORMACION	FORMULA
Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto evaluación / (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto evaluación) - (valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salario de personal planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de vigencia anterior).

#### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

Durante la vigencia **2025**, el Hospital San Rafael ha consolidado una política de dignificación del talento humano, logrando un equilibrio histórico entre las obligaciones contraídas y los pagos efectivamente realizados. De un total de **\$33.685.552.030** en obligaciones (nómina y honorarios), la institución logró ejecutar pagos por valor de **\$32.430.736.370**. Este resultado refleja una eficiencia en el flujo de caja que permite cubrir casi la totalidad de los compromisos con el personal administrativo y asistencial.

Es fundamental destacar la reducción drástica de los saldos pendientes en comparación con vigencias anteriores. Mientras que en **2023** el saldo de obligaciones sin pagar ascendía a más de **\$10.285 millones**, la actual administración logró reducir esa brecha a solo **\$1.254 millones** en 2025.

- **Salarios de Nómina:** Se destaca un cumplimiento excepcional, donde los pagos (**\$22.245 millones**) cubrieron satisfactoriamente las obligaciones del periodo, garantizando la estabilidad de los trabajadores de planta.



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

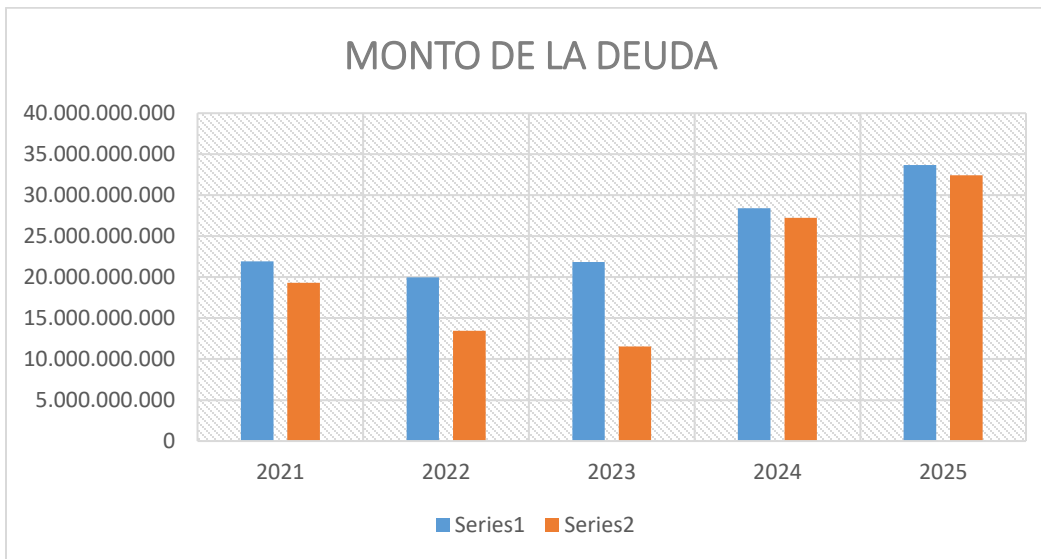
Página 25 de 74

- **Honorarios Personal Indirecto:** Se mantiene una gestión eficiente con obligaciones por **\$11.923 millones**, logrando un saneamiento importante de las cuentas por pagar acumuladas de años previos.

Tras el exitoso proceso de saneamiento realizado en **2024** (con una variación del **-82,2%** en la deuda), el año **2025** muestra una variación controlada del **7,7%**. Este incremento marginal es técnicamente saludable, ya que responde al aumento natural de la nómina y la contratación necesaria para la expansión de servicios del Nivel II, manteniéndose muy por debajo de los niveles críticos de años anteriores.

La gestión financiera de la vigencia 2025 ratifica que el **talento humano es la prioridad estratégica** del Hospital San Rafael. Haber pasado de una deuda de 10 mil millones a un saldo manejable de 1.2 mil millones demuestra una administración responsable, transparente y comprometida con el bienestar de sus colaboradores, factor indispensable para alcanzar la excelencia en la prestación del servicio y la acreditación institucional.

DETALLE		HISTORICO			LINEA DE BASE	RESULTADO
		2021	2022	2023		
SALARIOS DE NOMINA	OBLIGACIONES	6.193.533.199	5.095.081.122	6.952.268.637	11.023.730.720	21.761.925.402
	PAGOS	6.193.533.199	4.770.023.663	5.842.757.401	10.181.900.260	22.245.343.233
SALDO SALARIOS NOMINA						
HONORARIOS PERSONAL INDIRECTO	OBLIGACIONES	15.726.760.865	14.886.023.847	14.892.369.987	17.382.964.511	11.923.626.628
	PAGOS	13.105.148.357	8.672.866.621	5.716.424.226	17.059.280.361	10.185.393.137
SALDO HONORARIOS PERSONAL INDIRECTO						
TOTAL	OBLIGACIONES	21.920.294.064	19.981.104.969	21.844.638.624	28.406.695.231	33.685.552.030
	PAGOS	19.298.681.556	13.442.890.284	11.559.181.627	27.241.180.621	32.430.736.370
SALDO		2.621.612.508	6.538.214.685	10.285.456.997	1.165.514.610	1.254.815.660
VARIACION		-67,5	149,4	57,3	-82,2	7,7



#### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Certificación suscrita por el Revisor Fiscal de la ESE.



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 26 de 74

#### INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS

FUENTE DE INFORMACION	FORMULA
Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las Actas de sesión de la Junta Directiva que como mínimo contenga: Fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, periodos de los RIPS utilizados para el análisis y relación de Actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la junta directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.

#### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

Los **Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS)** constituyen la base analítica fundamental de nuestra institución, al consolidar de manera técnica el comportamiento de la facturación y la oferta prestacional. Durante la vigencia **2025**, esta fuente de información trascendió el cumplimiento normativo para convertirse en una herramienta de **inteligencia institucional**. El análisis detallado de sus variables permitió transformar datos operativos en insumos críticos para la toma de decisiones gerenciales, asegurando que la planeación estratégica del Hospital San Rafael esté estrictamente alineada con la realidad de los servicios prestados y la sostenibilidad financiera del Nivel II

Bajo un modelo de gestión transparente, durante el año **2025** se presentaron ante la Honorable Junta Directiva **cuatro informes ejecutivos bimestrales** derivados del análisis de los RIPS. Estos reportes, debidamente consignados en las actas de sesión, permitieron que los miembros de la Junta acompañaran activamente a la Gerencia en el monitoreo de la operación. Este ejercicio de gobernanza facilitó la implementación de acciones de mejora basadas en las recomendaciones directas de la Junta, garantizando que cada ajuste operativo responda a criterios de excelencia y eficiencia, fortaleciendo así el desarrollo organizacional y el impacto positivo en la salud de nuestra comunidad en San Juan del Cesar.

BIMESTRE	FECHA	No ACTA
1	07/02/2025	01
2	27/03/2025	02
3	29/04/2025	05
4	25/07/2025	06
5	29/09/2025	08
6	28/11/2025	10



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 27 de 74

VARIABLES	ESTANDAR	LINEA DE BASE		RESULTADO			
		2023	2024	2025			
INDICADOR	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la junta directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	4	4	4	4	4

### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Actas de sesiones de Junta Directivas que reposan en los archivos de la secretaria de gerencia

### INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

FUENTE DE INFORMACION	FORMULA
Ficha técnica de la Pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo CXC de vigencias anteriores) /valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CXP de vigencias anteriores

### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

Durante la vigencia **2025**, el Hospital San Rafael alcanzó un recaudo histórico total de **\$65.964.089.005**, lo que representa un crecimiento del **17%** respecto al año anterior. Es de resaltar la gestión de cobro de carteras antiguas, donde el **Recaudo de Vigencias Anteriores** creció un **50,5%**, inyectando liquidez vital para la operación. Este incremento sostenido desde 2022 demuestra una gestión administrativa proactiva frente a las fuentes de pago.

A pesar del aumento en el recaudo, el indicador de sostenibilidad se sitúa en **0,73**, frente a un estándar ideal de **1,0**. Este resultado refleja un fenómeno común en el sector salud: mientras el gasto de operación y funcionamiento crece para atender la mayor demanda de servicios (un **23%** de incremento en gastos totales para 2025), el flujo de recursos proveniente de las aseguradoras presenta un rezago cronológico.

### Factores Determinantes de la Variación

- **Inversión en Operación:** El gasto corriente aumentó a **\$70.488 millones**, impulsado por el fortalecimiento de la planta de personal y la compra de insumos necesarios para garantizar la calidad del Nivel II.
- **Presión de Vigencias Anteriores:** El hospital destinó **\$20.428 millones** al pago de obligaciones de años pasados (un aumento del **41,6%**), priorizando el saneamiento de deudas acumuladas para recuperar la confianza de proveedores y talento humano.

Aunque el indicador se mantiene por debajo del estándar de 1,0, la tendencia muestra un hospital que está **expandiendo su capacidad productiva y saneando deudas históricas**. El déficit relativo del 0,27 es una consecuencia directa del crecimiento operativo y el pago de pasivos. Para la vigencia 2026, la estrategia se centrará en el fortalecimiento de la gestión de cartera corriente y la optimización de los gastos de funcionamiento, buscando equilibrar el flujo de caja sin sacrificar la calidad asistencial alcanzada.



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

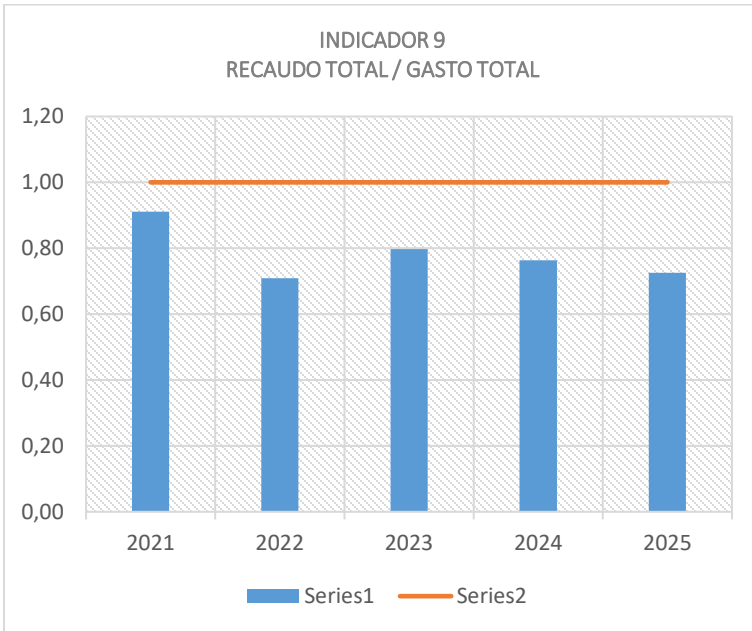
Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 28 de 74

DETALLE	HISTORICO			LINEA DE BASE	RESULTADOS	VARIACION
	2021	2022	2023	2024	2025	
RECAUDO CORRIENTE	24.184.591.902	29.243.087.552	34.320.092.765	38.645.992.727	38.965.639.234	0,8
RECAUDO VIGENCIAS ANTERIORES	22.709.571.834	10.390.182.290	12.807.227.023	17.942.946.018	26.998.449.771	50,5
<b>TOTAL RECAUDO</b>	<b>46.894.163.736</b>	<b>39.633.269.842</b>	<b>47.127.319.788</b>	<b>56.588.938.745</b>	<b>65.964.089.005</b>	
<b>VARIACION</b>	<b>24</b>	<b>-15</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	32.828.216.491	34.531.884.267	38.764.493.774	48.586.435.076	57.794.593.845	19,0
GASTO DE OPERACION CCIAL	8.010.087.192	8.699.558.228	9.657.890.940	11.097.648.328	12.693.664.252	14,4
OTROS GASTOS	389.872.004	227.535.943	291.823.945	119.499.705		-100,0
<b>TOTAL GASTOS CORRIENTE</b>	<b>41.228.175.687</b>	<b>43.458.978.438</b>	<b>48.714.208.659</b>	<b>59.684.083.404</b>	<b>70.488.258.097</b>	<b>0,8</b>
GASTOS VIGENCIAS ANTERIORES	10.263.784.679	12.440.517.810	10.366.194.712	14.431.057.075	20.428.110.234	41,6
<b>TOTAL GASTOS</b>	<b>51.491.960.366</b>	<b>55.899.496.248</b>	<b>59.080.403.371</b>	<b>74.115.140.479</b>	<b>90.916.368.331</b>	
<b>VARIACION</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	
<b>INDICADOR</b>	<b>0,91</b>	<b>0,71</b>	<b>0,80</b>	<b>0,76</b>	<b>0,73</b>	
<b>ESTANDAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	



### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Ficha técnica SIHO 2025



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 29 de 74

#### INDICADOR 10: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA

<b>FUENTE DE INFORMACION</b>	Superintendencia Nacional de Salud	<b>FORMULA</b>	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente
------------------------------	------------------------------------	----------------	---

#### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

En cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificaciones (Circular 018 de 2015), el Hospital San Rafael se encuentra clasificado en el **Grupo C2**. Esta categorización, basada en el análisis de complejidad y perfil operativo de la institución, define los instrumentos y metodologías de supervisión aplicables dentro del proceso de vigilancia y control del Estado.

Para la vigencia **2025**, la institución mantuvo un estricto rigor en el flujo de información exigido para el Grupo C2, gestionando un total de **10 archivos tipo** desglosados en **38 reportes específicos**. La estrategia de cumplimiento se basó en un análisis técnico previo al cargue en la plataforma de la Supersalud, utilizando un tablero de control interno para garantizar la integridad y consistencia de los datos financieros, administrativos y contables.

Durante el periodo comprendido entre el **1 de enero y el 31 de diciembre de 2025**, el Hospital San Rafael logró un **cumplimiento del 100%** en el cargue exitoso de los archivos requeridos, cumpliendo con la periodicidad establecida:

- **Reportes Anuales (2):** Cargados satisfactoriamente según el cronograma de cierre de vigencia.
- **Reportes Trimestrales (6):** Enviados y validados sin observaciones técnicas.
- **Reportes Mensuales (2):** Reportados de manera ininterrumpida, reflejando la dinámica operativa mensual del hospital.

El éxito en el reporte de información durante el 2025 ratifica el compromiso de la Gerencia con la legalidad y la transparencia institucional. Mantener el indicador de cargues exitosos en el máximo nivel asegura que el Hospital San Rafael permanezca libre de requerimientos o sanciones por omisión de información, fortaleciendo nuestra posición ante los organismos de control y facilitando los procesos de auditoría externa.

ITEM	ARCHIVOS	TIPO DE ARCHIVO	ESTADO REPORTE VIGENCIA 2025																							
			FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE			
			FECHA MAX	FECHA REPO RTE	FECHA MAX	FECHA REPO RTE	FECHA MAX	FECHA REPO RTE	FECHA MAX	FECHA REPO RTE	FECHA MAX	FECHA REPO RTE	FECHA MAX	FECHA REPO RTE	FECHA MAX	FECHA REPO RTE	FECHA MAX	FECHA REPO RTE	FECHA MAX	FECHA REPO RTE	FECHA MAX	FECHA REPO RTE	FECHA MAX	FECHA REPO RTE		
1	Publicación Estados Financieros	FT002					30/04/2025	03/04/2025																		
2	Cuentas por Pagar - Acreedores	FT004					20/04/2025	15/04/2025																		
													20/07/2025	17/07/2025												
			20/02/2025	11/02/2025																						



NIT:892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia:22/07/2020

## GESTION DE COMUNICACIONES

Página 30 de 74

3	Datos para el cálculo de la posición de Liquidez ( Aplica para IPS públicas grupos B, C1, C2 y D1)	FT01 8	20/02/2025 (CIERRE DEL 20024 Y MES DE ENERO)	2024 (17/01/2025) Y ENERO (19/02/2025)	20/03/2025 (CIERRE DEL MES DE FEBRERO)	19/03/2025	20/04/2025 (CIERRE DEL MES DE MARZO)	14/04/2025	20/05/2025 (CIERRE DEL MES DE ABRIL)	19/05/2025	20/06/2025 (CIERRE DEL MES DE MAYO)	13/06/2025	20/07/2025 (CIERRE DEL MES DE JUNIO)	17/07/2025	20/08/2025 (CIERRE DEL MES DE JULIO)	15/08/2025	20/09/2025 (CIERRE DEL MES DE AGOSTO)	18/09/2025	20/10/2025 (CIERRE DEL MES DE SEPTIEMBRE)	18/10/2025	20/11/2025 (CIERRE DEL MES DE OCTUBRE)	19/11/2025	20/12/2025 (CIERRE DEL MES DE NOVIEMBRE)	15/12/2025
4	Reporte de Facturación Radicada por IPS a entidades del aseguramiento	FT02 5	20/02/2025 (CIERRE DEL 20024 Y MES DE ENERO)	2024 (17-01-2025) Y ENERO (13/02/2025)	20/03/2025 (CIERRE DEL MES DE FEBRERO)	14/03/2025	20/04/2025 (CIERRE DEL MES DE MARZO)	14/04/2025	20/05/2025 (CIERRE DEL MES DE ABRIL)	12/05/2025	20/06/2025 (CIERRE DEL MES DE MAYO)	12/06/2025	20/07/2025 (CIERRE DEL MES DE JUNIO)	17/07/2025	20/08/2025 (CIERRE DEL MES DE JULIO)	13/08/2025	20/09/2025 (CIERRE DEL MES DE AGOSTO)	10/09/2025	20/10/2025 (CIERRE DEL MES DE SEPTIEMBRE)	16/10/2025	20/11/2025 (CIERRE DEL MES DE OCTUBRE)	13/11/2025	20/12/2025 (CIERRE DEL MES DE NOVIEMBRE)	12/12/2025
5	Contratación	FT02 6					20/04/2025	14/04/2025					20/07/2025	18/07/2025										
			20/02/2025	20/01/2025															20/10/2025	17/10/2025				
6	Reporte de implementación del Código de Conducta y de Buen Gobierno (Aplica para IPS públicas grupos C1, C2, D1)	GT00 1																	20/10/2025	09/10/2025				
7	Rendición de cuentas	GT00 3					10/04/2025	31/03/2025																
8	Alianza o asociación de usuarios	GT00 4	20/02/2025	11/02/2025																				
9	Aplicación del PAMEC (No aplica para IPS Públicas Grupo D3)	ST00 2	28/02/2025	24/02/2025																				
10	Reclamaciones por Accidentes de Tránsito	ST00 6			30/03/2025	20/03/2025																		

Como se puede apreciar se cargaron de manera exitosa todos los archivos tipo. Al revisar el resultado de la evaluación de este indicador publicado por la Supersalud, se puede evidenciar el cargue no exitoso de tres archivos tipo, los cuales FP001-Anual, FP002-Anual, FP003-Anual, los cuales hasta el año 2024 no hacían parte de las responsabilidades a reportar en el grupo donde estamos clasificados, sin embargo en dicho reporte aparece dentro de los archivos tipo que quedaron sin reporte durante la vigencia 2025, por lo que la evaluación definitiva es de NO CUMPLE.



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 31 de 74

#### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Reporte plataforma Supersalud DIFT17 Procedimiento para cálculo Indicadores 2 y 10 evaluación gestión de gerentes 2025

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

<b>FUENTE DE INFORMACION</b>	Ministerio de Salud y Protección Social	<b>FORMULA</b>	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación
------------------------------	---	----------------	---

#### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

VARIABLES		ESTANDAR	LINEA DE BASE	RESULTADOS	
			2023	2024	2025
INDICADOR	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Cumplimiento dentro de los términos previstos	4	4	4
			Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos

Con el compromiso adquirido según lo contemplado en sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016, se logró cargar con éxito los cuatro informes trimestrales dentro de los tiempos establecidos en la vigencia 2025, situación que se puede corroborar en la respectiva plataforma del SIHO del Minsalud.

#### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Reporte plataforma SIHO



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 32 de 74

# **GESTION CLINICA O ASISTENCIAL**

## **40%**



*“Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutive a nivel asistencial.”*



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 33 de 74

#### INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES.

FUENTE DE INFORMACION	FORMULA
Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE, que como mínimo contengan: referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.	Números de Historia Clínica auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / No Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE con Diagnóstico de hemorragia del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación.

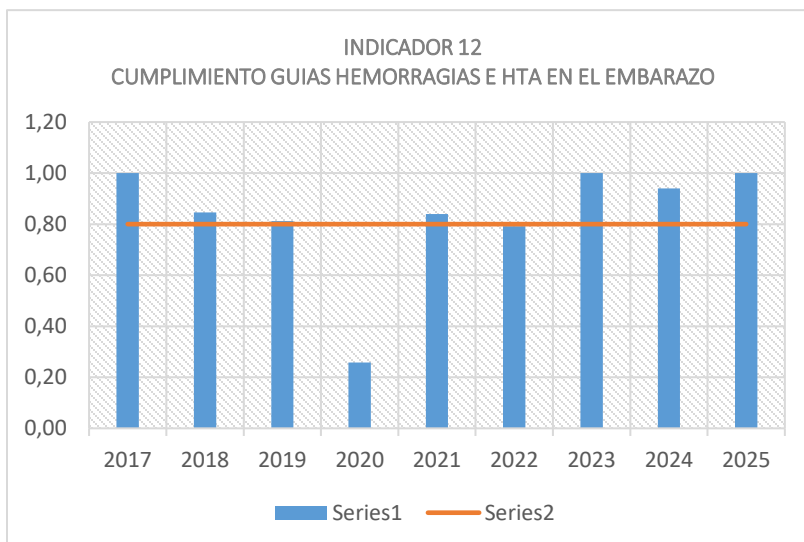
#### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

El Hospital San Rafael de San Juan del Cesar, como referente de mediana complejidad, prioriza el manejo estricto de las principales complicaciones obstétricas: **hemorragias del tercer trimestre y trastornos hipertensivos de la gestación** (preeclampsia/eclampsia). Este indicador mide la conformidad técnica de la atención mediante auditorías integrales a las historias clínicas, asegurando que cada paciente reciba el tratamiento estandarizado para mitigar riesgos de morbilidad y mortalidad materna.

Durante el año **2025**, el hospital alcanzó un **cumplimiento del 1,0 (100%)** en la adherencia a estas guías de manejo. De una muestra representativa de **106 historias clínicas auditadas** de pacientes con edad gestacional mayor a 27 semanas, las **106 cumplieron estrictamente** con los protocolos diagnósticos y terapéuticos establecidos. Este resultado supera con creces el estándar institucional definido de **0,80 (80%)**.

El análisis del histórico demuestra una curva de aprendizaje y mejora continua excepcional. Tras haber enfrentado desafíos en años previos (especialmente en 2020 con un 0,26), la institución ha logrado estabilizar su calidad clínica, logrando en 2025 el volumen más alto de auditorías exitosas (**106 pacientes**) en los últimos 9 años.

Es importante notar que, en el consolidado de las auditorías, se identificó un segmento del **40% (71 historias)** que inicialmente no cumplían con la totalidad de los criterios de registro o aplicación. No obstante, la intervención oportuna de los comités de calidad y la capacitación constante al personal asistencial permitieron corregir estas desviaciones, logrando que el cierre de la vigencia 2025 sea de **cero errores** en el manejo de casos críticos de obstetricia.





NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 34 de 74

El cumplimiento del 100% en este indicador ratifica que el Hospital San Rafael es una institución segura para la maternidad. La rigurosidad en la aplicación de las guías de manejo para trastornos hipertensivos y hemorragias protege la vida de nuestras gestantes y nos posiciona como un hospital de Nivel II con estándares de calidad superiores, alineados con las metas nacionales de reducción de la mortalidad materna.

INDICADOR 12	HISTORICO						LDB	RESULTADOS		
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Números de Historia Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativas con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación	6	11	13	33	63	38	65	79	106	
No Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad estacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE con Diagnóstico de hemorragia del III trimestre o trastornos hipertensión en la gestación en la vigencia objeto de evaluación.	6	13	16	128	75	48	65	84	106	
<b>INDICADOR</b>	<b>1,00</b>	<b>0,85</b>	<b>0,81</b>	<b>0,26</b>	<b>0,84</b>	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>	<b>0,9</b>	<b>1,0</b>	
<b>ESTANDAR</b>	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	
TOTAL HISTORIAS AUDITADAS									177	
TOTAL HISTORIAS QUE NO CUMPLEN CON LOS CRITERIOS									71	40%

#### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Actas de auditorias
- Certificación del comité de historias clínicas de la ESE

#### INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA

FUENTE DE INFORMACION	FORMULA
Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE, que como mínimo contengan: referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.	Numero de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativas con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total Historia Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el Diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación

#### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

Este indicador evalúa la consistencia entre el diagnóstico de egreso hospitalario (la patología con mayor prevalencia en la institución) y la aplicación estricta de las guías de manejo adoptadas por la ESE. El objetivo es garantizar que la mayoría de nuestros pacientes sean tratados bajo los más altos estándares de evidencia científica, reduciendo la variabilidad clínica y asegurando resultados óptimos en salud.



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

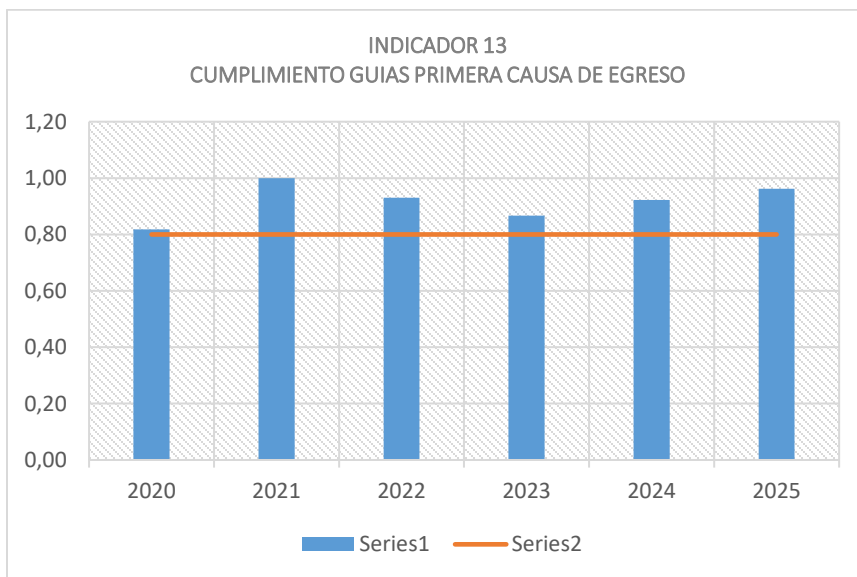
Página 35 de 74

Durante el año **2025**, el Hospital San Rafael alcanzó un indicador de cumplimiento del **0,96 (96%)**. De un total de **131 historias clínicas auditadas** bajo la muestra representativa de la primera causa de egreso, se evidenció que en **126 casos** hubo una aplicación rigurosa de los protocolos médicos. Este resultado supera ampliamente el estándar institucional establecido de **0,80 (80%)**.

El hospital ha mantenido un desempeño superior al estándar de manera ininterrumpida desde el año 2017. El resultado de **0,96** en 2025 representa una mejora significativa respecto a la línea de base de 2023 (0,87) y el resultado de 2024 (0,92), consolidando un proceso de maduración en el registro y la práctica médica del Nivel II.

Alcanzar un **96% de adherencia** en la patología de mayor volumen del hospital ratifica el compromiso de nuestro cuerpo médico con la excelencia asistencial. Este indicador es fundamental para los procesos de **Acreditación**, ya que demuestra que la ESE Hospital San Rafael no solo atiende un alto volumen de pacientes, sino que lo hace siguiendo protocolos internacionales de seguridad y efectividad clínica

INDICADOR 13	HISTORICO				RESULTADO	
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Numero de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativas con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el Diagnostico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	403	59	199	117	143	126
Total Historia Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el Diagnostico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	493	59	214	135	155	131
<b>INDICADOR</b>	<b>0,82</b>	<b>1,00</b>	<b>0,93</b>	<b>0,87</b>	<b>0,92</b>	<b>0,96</b>
<b>ESTANDAR</b>	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8





NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 36 de 74

#### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Actas de auditorias
- Certificación del comité de historias clínicas de la ESE

#### INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA

FUENTE DE INFORMACION	FORMULA
Informe de la subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces que como mínimo contenga: Base de datos de los pacientes a quienes se le realizó apendicetomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador	Número de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso a quienes se le realizo la Apendicetomía, dentro de las 6 horas de confirmado el diagnostico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.

#### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

La apendicitis aguda es una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes. Este indicador mide la capacidad del Hospital San Rafael para intervenir al paciente dentro de un margen crítico de **6 horas** tras el diagnóstico confirmado. Una respuesta oportuna no solo garantiza la seguridad del paciente y reduce el riesgo de complicaciones postoperatorias, sino que optimiza el uso de camas hospitalarias y disminuye los costos por estancias prolongadas.

Durante el año **2025**, la institución alcanzó una efectividad del **0,99 (99%)**. De un total de **226 pacientes** ingresados con diagnóstico de apendicitis, **223 fueron intervenidos quirúrgicamente dentro del tiempo estándar**. Este resultado supera ampliamente el estándar institucional definido de **0,90 (90%)**, reflejando una coordinación impecable entre los servicios de Urgencias, Laboratorio, Imágenes Diagnósticas y Quirófanos.

Es notable el incremento en la demanda atendida durante 2025 (**226 casos**), superando el volumen de los últimos tres años (187 en 2022, 167 en 2023 y 165 en 2024). A pesar de este aumento en el flujo de pacientes, el hospital logró elevar su indicador de oportunidad de **0,97 a 0,99**, consolidando su mejor desempeño histórico desde el año 2017.

El cumplimiento del 99% en la oportunidad quirúrgica ratifica al Hospital San Rafael como un referente de **alta eficiencia operativa** en la región de San Juan del Cesar. Este logro es el resultado de un sistema de "Código Quirúrgico" funcional, donde el talento humano asistencial prioriza la intervención temprana, garantizando una recuperación más rápida del paciente y una gestión de recursos altamente efectiva.

INDICADOR 14	HISTORICO					LDB	RESULTADOS	
	2017	2018	2019	2021	2022		2023	2024
Número de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso a quienes se le realizo la Apendicetomía, dentro de las 6 horas de confirmado el diagnostico en la vigencia objeto de la evaluación	264	423	40	201	178	165	160	<b>223</b>
Total de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	367	462	41	213	187	167	165	<b>226</b>
<b>INDICADOR</b>	<b>0,72</b>	<b>0,92</b>	<b>0,98</b>	<b>0,94</b>	<b>0,95</b>	<b>0,99</b>	<b>0,97</b>	<b>0,99</b>
<b>ESTANDAR</b>	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

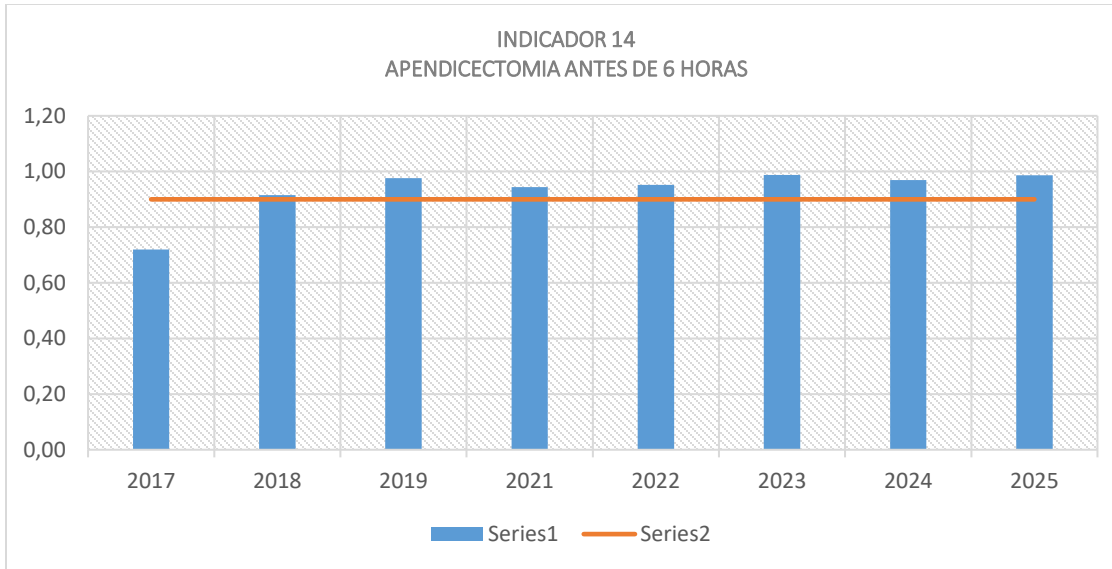
### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 37 de 74



#### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Actas de auditorias
- Certificación del Subgerente Científico de la ESE

#### INDICADOR 15: NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ESPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL

FUENTE DE INFORMACION	FORMULA
Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente, que como mínimo contenga: Aplicación de la fórmula del indicador	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior

#### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

Las neumonías bronco aspirativa de origen intrahospitalario denotan fallas en la política de seguridad del paciente, por lo tanto, este indicador mide el grado de implementación de esta política y el entrenamiento en el cuidado del personal asistencial a todos los pacientes pediátricos que se encuentren internados por diferentes patologías. Durante la vigencia 2025 no se encontraron registros estadísticos que den como origen de las neumonías en pacientes en edad pediátrica causas intrahospitalarias de broncoaspiración.



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 38 de 74

VARIABLES		ESTANDAR	LINEA DE BASE		RESULTADO	
			2024	2025	2024	2025
NUMERADOR	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación	Cero (0) o variación negativa	0	0	0	0
DENOMINADOR	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación -		0		0	
	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior		0		0	

### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Actas de auditorias
- Certificación Seguridad del Paciente y Oficina de Calidad de la ESE

### INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM).

FUENTE DE INFORMACION	Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador	FORMULA	Número de pacientes con Diagnostico de egreso de infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación
-----------------------	---	---------	--

### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

La atención del Infarto Agudo de Miocardio bajo estándares de "Tiempo-Respuesta" es un pilar fundamental en las instituciones de Nivel II. Este indicador mide la capacidad del hospital para iniciar la terapia específica (trombólisis o manejo inicial avanzado) dentro de la **primera hora** posterior al diagnóstico. Un cumplimiento estricto reduce drásticamente la mortalidad y las secuelas de insuficiencia cardiaca en la población de San Juan del Cesar.

Durante la vigencia **2025**, el Hospital San Rafael alcanzó una efectividad del **1,00 (100%)**. El 100% de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de egreso por IAM (**14 casos**) recibieron su terapia específica en menos de 60 minutos tras la confirmación diagnóstica. Este resultado supera el estándar institucional del **0,90 (90%)** y refleja una sincronía total entre el servicio de Urgencias, el equipo de Cardiología/Medicina Interna y la disponibilidad de insumos críticos.

Es notable que el hospital ha mantenido un desempeño del **100% de forma ininterrumpida desde el año 2018**. Esta estabilidad no es producto del azar, sino de la madurez de los protocolos de "Código Infarto" implementados por la institución, lo que garantiza que cualquier usuario que ingrese con dolor torácico de origen cardiaco reciba una atención de nivel superior.

Mantener una efectividad del 100% en una patología tan crítica como el infarto es un hito de gestión asistencial. El Hospital San Rafael garantiza que su "ventana de oportunidad" terapéutica es absoluta, salvando vidas y consolidando la confianza de la comunidad en



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

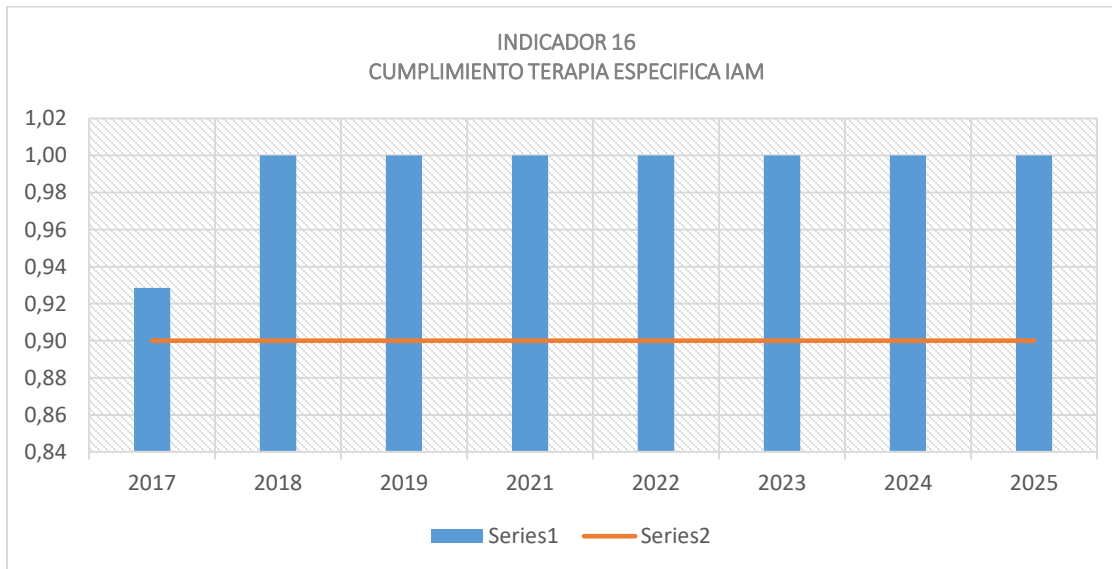
Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 39 de 74

nuestra capacidad de respuesta ante eventos de alta complejidad. Este resultado es una de las cartas de presentación más fuertes del hospital en su camino hacia la excelencia y la acreditación.

INDICADOR 16	HISTORICO					LDB	RESULTADOS	
	2017	2018	2019	2021	2022	2023	2024	2025
Número de pacientes con Diagnóstico de egreso de infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación	13	17	12	15	12	18	14	14
Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación	14	17	12	15	12	18	14	14
<b>INDICADOR</b>	<b>0,93</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>
<b>ESTANDAR</b>	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9



### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Actas de auditorias
- Certificación del comité de historias clínicas de la ESE



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 40 de 74

#### INDICADOR 17: ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

<b>FUENTE DE INFORMACION</b>	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: Análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador	<b>FORMULA</b>	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.
------------------------------	--	----------------	--

#### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

En el marco de la seguridad del paciente y la excelencia asistencial, el Hospital San Rafael realiza un análisis sistemático de todos los eventos de mortalidad ocurridos después de las 48 horas de estancia. Este ejercicio, liderado por el **Comité de Mortalidad**, permite identificar oportunidades de mejora, evaluar la adherencia a protocolos y garantizar que la atención brindada fue oportuna y pertinente.

Durante la vigencia **2025**, la institución alcanzó una efectividad del **1,00 (100%)** en la revisión de estos casos. De un total de **42 fallecimientos** intrahospitalarios ocurridos después de las 48 horas de ingreso, los **42 casos fueron analizados y documentados** en sus comités respectivos. Este resultado mantiene el estándar de excelencia institucional y cumple plenamente con el estándar definido de **0,90 (90%)**.

Es notable el incremento en el volumen de análisis realizado en 2025 (**42 casos**) frente a vigencias anteriores (32 en 2024 y 24 en 2023). Este aumento refleja una mayor rigurosidad en el reporte y una operatividad constante del Comité de Mortalidad, asegurando que el 100% de la información clínica sea utilizada para fortalecer el conocimiento médico y la prevención de eventos adversos.

La revisión del 100% de la mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas es una prueba irrefutable de la **transparencia y ética clínica** del Hospital San Rafael. Este resultado garantiza que la institución cuenta con procesos de auditoría maduros, donde la autoevaluación constante permite mantener los altos estándares de calidad exigidos para el Nivel II y avanzar con paso firme en la ruta de acreditación institucional.

INDICADOR 17	HISTORICO			LDB	RESULTADOS	
	2019	2020	2021	2023	2024	2025
Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación	34	63	29	24	32	42
Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	34	63	29	24	32	42
<b>INDICADOR</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>
<b>ESTANDAR</b>	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

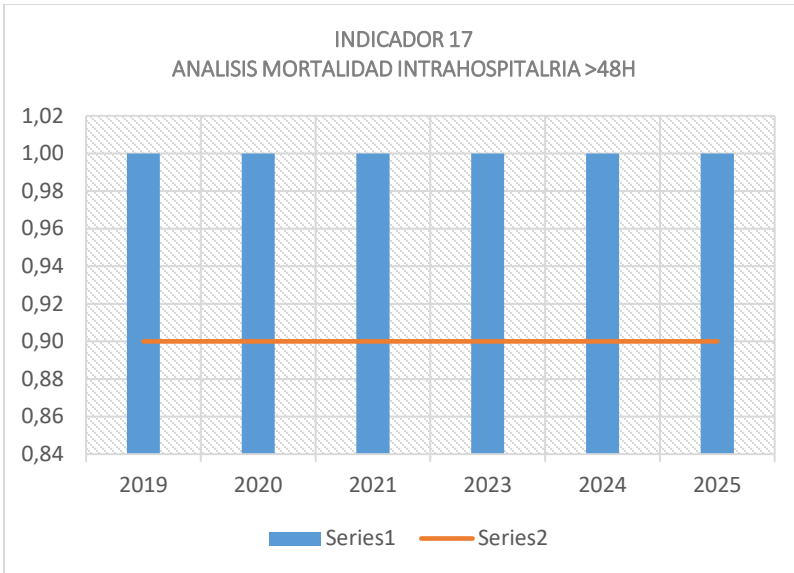
### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 41 de 74



#### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Actas de auditorias
- Certificación del comité de historias clínicas de la ESE

#### INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITAS PEDIÁTRICAS.

FUENTE DE INFORMACION	FORMULA
Ficha técnica de la Pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / No total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.

#### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

La atención oportuna de la población infantil es una prioridad absoluta para el Hospital San Rafael. Este indicador mide el tiempo transcurrido (en días calendario) desde que el usuario solicita la cita de pediatría de primera vez hasta que efectivamente se le asigna. Garantizar tiempos de espera mínimos permite diagnósticos tempranos y un seguimiento adecuado al desarrollo y crecimiento de los menores en nuestra área de influencia.

Durante el año **2025**, la institución logró un tiempo promedio de respuesta de **2,37 días** para la asignación de citas pediátricas. Este resultado es **altamente satisfactorio**, considerando que la meta o línea de base institucional es de **5 días**. El hospital está respondiendo a las necesidades de la población infantil en un tiempo récord, logrando una eficiencia que supera el estándar en más de un 50%.

Es fundamental resaltar que este excelente tiempo de respuesta se logró a pesar de un **incremento significativo en la demanda**. Durante 2025, el hospital asignó un total de **1.194 citas**, el volumen más alto registrado en los últimos 5 años (superando las 1.037 de 2024 y las 708 de 2023). A mayor demanda, el hospital respondió con mayor agilidad, reduciendo el indicador de 2,54 a 2,37 días.

La gestión de la oportunidad en pediatría durante 2025 ratifica el compromiso de la Gerencia con la infancia. Haber atendido a más niños en menos tiempo es una prueba de la optimización de las agendas médicas y la eficiencia del área de admisiones. Este resultado



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

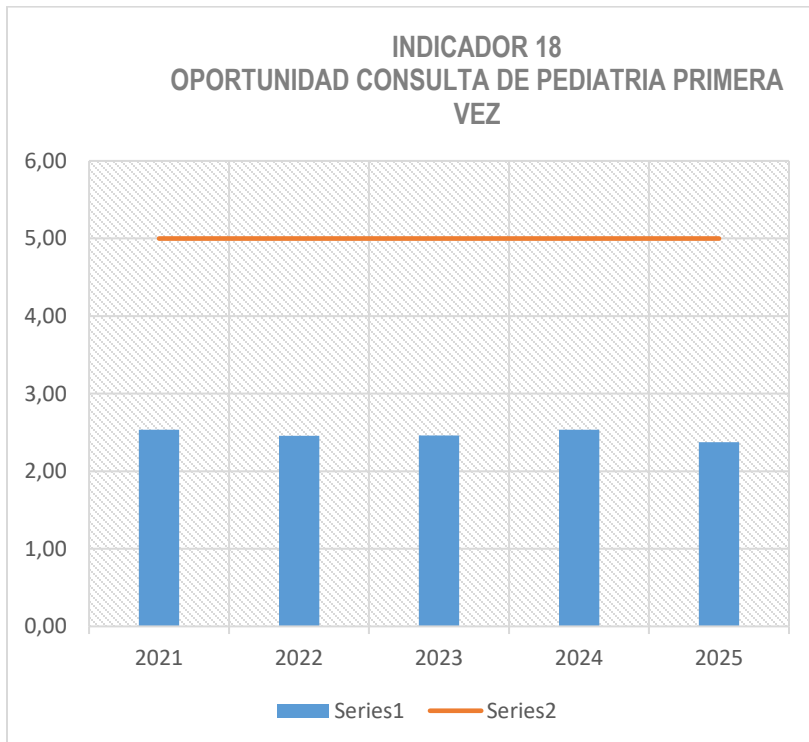
Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 42 de 74

no solo mejora la percepción del usuario, sino que posiciona al Hospital San Rafael como un referente de oportunidad y calidad asistencial en el Nivel II.

INDICADOR 18	FORMULA	HISTORICO			RESULTADOS	
		2021	2022	2023	2024	2025
	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluacion	2.204	1.882	1.742	2.629	<b>2.833</b>
	No total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluacion	869	766	708	1.037	<b>1.194</b>
	<b>RESULTADO</b>	<b>2,54</b>	<b>2,46</b>	<b>2,46</b>	<b>2,54</b>	<b>2,37</b>
	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>



#### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Actas de auditorias
- Ficha técnica SIHO 2024



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 43 de 74

#### INDICADOR 19: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE OBSTETRICIA.

<b>FUENTE DE INFORMACION</b>	Ficha técnica de la Pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	<b>FORMULA</b>	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / No total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.
------------------------------	---	----------------	--

#### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

La asignación oportuna de citas de obstetricia de primera vez es un componente crítico para garantizar el inicio temprano del control prenatal de alto riesgo. Como Hospital de Nivel II, nuestra responsabilidad es captar a la gestante de manera inmediata para identificar patologías base y prevenir complicaciones. Un tiempo de espera reducido es la mejor herramienta para asegurar un binomio madre-hijo saludable.

Durante el año **2025**, el Hospital San Rafael alcanzó un tiempo promedio de asignación de **2,37 días** calendario. Al comparar este resultado con la línea de base institucional de **8 días**, se evidencia un cumplimiento superior, logrando entregar la atención en apenas el **30% del tiempo máximo permitido**. Este indicador ratifica que no existen barreras de acceso administrativo para las gestantes en nuestra institución.

Es relevante observar que, aunque el volumen de citas asignadas en 2025 (**46 citas**) fue menor respecto a la vigencia anterior (145 en 2024), la institución mantuvo la agilidad en sus procesos. La reducción del indicador de **2,68 a 2,37 días** demuestra que el hospital ha optimizado su agenda de especialistas, garantizando que, independientemente del volumen de solicitudes, la respuesta sea prácticamente inmediata.

El resultado de **2,37 días** en obstetricia es un indicador de excelencia que fortalece la confianza de la comunidad en el Hospital San Rafael. Esta capacidad de respuesta inmediata asegura que las gestantes de San Juan del Cesar y su área de influencia reciban una valoración especializada sin demoras, permitiendo una intervención oportuna que se traduce en vidas salvadas y en el cumplimiento de las metas nacionales de salud pública materna.

INDICADOR 19	FORMULA	HISTORICO				RESULTADOS	
		2020	2021	2022	2023	2024	2025
	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluacion	936	231	223	276	389	109
	No total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluacion	336	154	94	106	145	46
	<b>RESULTADO</b>	<b>2,79</b>	<b>1,50</b>	<b>2,37</b>	<b>2,60</b>	<b>2,68</b>	<b>2,37</b>
	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

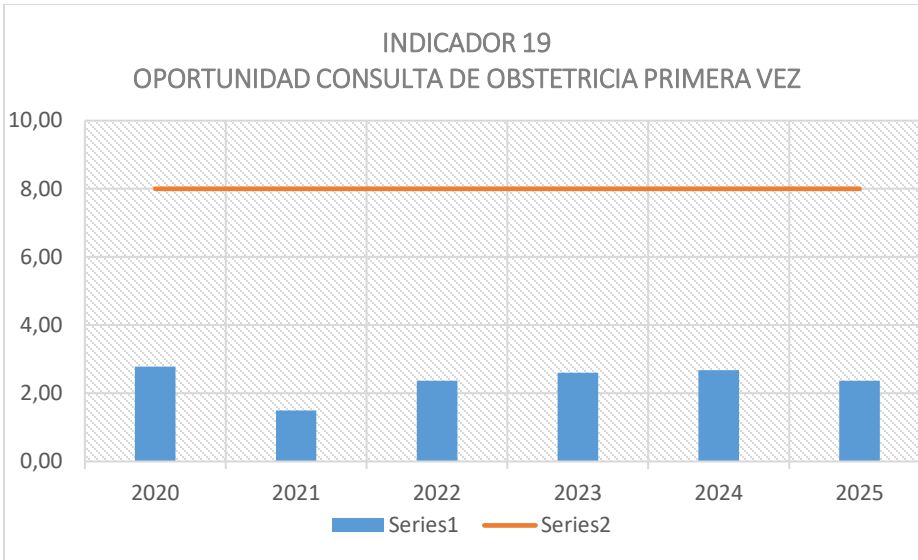
### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 44 de 74



#### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Actas de auditorias
- Ficha técnica SIHO 2024

#### INDICADOR 20: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE MEDICINA INTERNA

FUENTE DE INFORMACION	FORMULA
Ficha técnica de la Pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / No total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.

#### ESTANDAR, LINEA DE BASE Y RESULTADO DE LA VIGENCIA EVALUADA:

La Medicina Interna constituye el eje transversal de la atención especializada en el Hospital San Rafael. Este indicador mide la capacidad institucional para asignar citas de primera vez a una población que, en su mayoría, padece enfermedades crónicas no transmisibles. Una respuesta ágil en esta especialidad es fundamental para la gestión del riesgo, ya que previene descompensaciones agudas que terminarían congestionando el servicio de Urgencias.

Durante la vigencia **2025**, la institución logró un tiempo promedio de asignación de **3,40 días** calendario. Al contrastar este resultado con la línea de base de **15 días**, se evidencia una gestión excepcional: el Hospital San Rafael está entregando las citas en menos de una cuarta parte del tiempo máximo estipulado. Este logro es especialmente valioso dada la alta demanda que recae sobre esta especialidad.

El año 2025 registró un **volumen histórico de atención**, con un total de **2.684 citas asignadas**, superando significativamente las 2.258 de 2024 y las 1.407 de 2023. Lo más destacable de esta gestión es que, a pesar de atender a **426 pacientes adicionales** respecto al año anterior, el hospital logró reducir el tiempo de espera de 3,97 a **3,40 días**. Esto demuestra una optimización real de las agendas y un fortalecimiento de la oferta de especialistas.



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 45 de 74

El cumplimiento del indicador en **3,40 días** ratifica la eficiencia operativa del Hospital San Rafael en su servicio más demandado. Haber aumentado la cobertura (número de citas) y simultáneamente reducido el tiempo de espera es un hito de productividad. Este resultado garantiza a la población adulta de San Juan del Cesar un acceso efectivo y oportuno, consolidando a la ESE como un referente de calidad y calidez en la atención del paciente crónico.

INDICADOR 20	FORMULA	HISTORICO		LDB	RESULTADOS	
		2021	2022	2023	2024	2025
	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluacion	4.525	4.284	5.556	8.968	9.127
	No total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluacion.	1.564	1.236	1.407	2.258	2.684
	<b>RESULTADO</b>	<b>2,89</b>	<b>3,47</b>	<b>3,95</b>	<b>3,97</b>	<b>3,40</b>
	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>

#### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Actas de auditorias
- Ficha técnica SIHO 2024

**MARIA ISABEL GONZALEZ SUAREZ**  
GERENTE



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 46 de 74

# ***SOPORTES***

## **FUENTES DE INFORMACION**



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 47 de 74

# INDICADOR 1

## DOCUMENTO DE AUTOEVALUACION



NIT: 892115010-5  
 COD: 4465000286

**CERTIFICACIÓN**

**GESTION JURIDICA Y CONTRATACION**

Código: JC-F-05

Versión: 4.0

Vigencia: 02/12/2021

Página 1 de 1

**LA ASESORA DE CALIDAD Y MERCADEO DE LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II DE SAN JUAN DEL CESAR LA GUAJIRA.**

**CERTIFICA:**

Que la **E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II** de San Juan del Cesar, con NIT: 892115010-5 y código de habilitación 4465000286, se encuentra en la implementación del sistema único de acreditación para entidades no acreditadas y aplicando con sus equipos la ruta de autoevaluación de las mejoras ejecutadas para la vigencia 2025, obtiene la siguiente calificación para el Indicador No 1 del Plan de Gestión Gerencial vigencia 2024-2028:

I. AREA DE GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	
INDICADOR No 1.	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN
FÓRMULA	Promedio de calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada.
	Promedio de calificación de autoevaluación en la vigencia anterior.
RESULTADO	$3,15/2,58 = 1,22$

Se firma el presente en San Juan del Cesar, a los 09 días del mes de marzo de 2026.

*Kelys Yulieth Mendoza Diaz*  
**KELYS YULIETH MENDOZA DIAZ**  
 ASESOR DE CALIDAD Y MERCADEO

*Andreina Iriarte Mosquera*  
**ANDREINA IRIARTE MOSQUERA**  
 ASESOR DE CONTROL INTERNO



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 48 de 74

# INDICADOR 2-10

## REPORTE

### SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Nit	Clasificación 2025	Fecha de Clasificación 2025	Clasificación 2024	INDICADOR 2	INDICADOR 10
800000118	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,95	CUMPLE
800006850	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	1,00	NO CUMPLE
800014405	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,86	NO CUMPLE
800014884	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,92	NO CUMPLE
800014918	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,94	CUMPLE
800025221	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,95	NO CUMPLE
800026173	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	NO CUMPLE
800029509	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	CUMPLE
800030924	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	1,00	NO CUMPLE
800031724	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	NO CUMPLE
800037021	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,96	NO CUMPLE
800037202	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,95	NO CUMPLE
800037244	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	CUMPLE
800037979	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	NO CUMPLE
800044320	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	NO CUMPLE
800044967	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,90	NO CUMPLE
800058016	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,86	NO CUMPLE
800061765	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,96	NO CUMPLE
800064543	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	NO CUMPLE
800065395	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,92	CUMPLE
800068653	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	CUMPLE
800075650	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	NO CUMPLE
800080586	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	NO REPORTÓ AT	NO CUMPLE
800084206	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	1,00	CUMPLE
800084362	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,95	NO CUMPLE
800099124	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	NO REPORTÓ AT	NO CUMPLE
800099860	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	1,00	NO CUMPLE
800101022	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,63	NO CUMPLE
800114286	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	NO CUMPLE
800116719	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	0,95	CUMPLE
800119945	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,94	NO CUMPLE
800123106	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	1,00	NO CUMPLE
800125276	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	CUMPLE
800125697	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	CUMPLE
800130625	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	1,00	NO CUMPLE
800133887	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	NO CUMPLE
800134339	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,92	NO CUMPLE
800138011	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo D1	0,97	NO CUMPLE

891901745	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,65	NO CUMPLE
891902036	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	NO CUMPLE
891982128	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,93	NO CUMPLE
891982129	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,93	CUMPLE
892000264	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,94	NO CUMPLE
892000458	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,97	NO CUMPLE
892000501	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,93	NO CUMPLE
892001990	Grupo D1	Julio de 2025	Grupo D1	0,95	NO CUMPLE
892115009	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	1,00	NO CUMPLE
892115010	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	0,97	NO CUMPLE
892115347	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	0,62	NO CUMPLE
892120115	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	1,00	NO CUMPLE
892170002	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	NO CUMPLE
892280033	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	0,80	NO CUMPLE
892300175	Grupo D1	Julio de 2025	Grupo D1	0,85	NO CUMPLE
892300179	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,95	NO CUMPLE
892300209	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	NO CUMPLE
892300226	Grupo D1	Julio de 2025	Grupo D1	1,00	NO CUMPLE
892300343	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	NO CUMPLE
892300358	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	NO CUMPLE
892300387	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,93	NO CUMPLE
892300445	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	0,91	NO CUMPLE
892399994	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	1,00	NO CUMPLE
899999032	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,97	CUMPLE
899999092	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,93	NO CUMPLE
899999147	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	1,00	CUMPLE
899999150	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,90	NO CUMPLE
899999151	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,98	NO CUMPLE
899999156	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	0,97	NO CUMPLE
899999158	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,97	CUMPLE
899999161	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,94	NO CUMPLE
899999163	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	1,00	CUMPLE
899999164	Grupo D1	Julio de 2025	Grupo D1	1,00	NO CUMPLE
899999165	Grupo D1	Julio de 2025	Grupo D2	0,94	NO CUMPLE
900000410	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	NO CUMPLE
900000427	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,92	NO CUMPLE
900000615	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	1,00	NO CUMPLE
900004059	Grupo D1	Julio de 2025	Grupo D1	0,94	NO CUMPLE
900004894	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,94	NO CUMPLE
900004916	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D3	NO REPORTÓ AT	NO CUMPLE
900005067	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	NO REPORTÓ AT	NO CUMPLE
900005594	Grupo D1	Julio de 2025	Grupo D1	1,00	NO CUMPLE
900006037	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	1,00	CUMPLE
900008025	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	NO REPORTÓ AT	NO CUMPLE



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 49 de 74

# INDICADOR 3

**Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario Informe de Control Interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener el listado de las metas del Plan Operativo Anual del Plan de Desarrollo aprobado programados en la vigencia objeto de la evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO) y el cálculo del indicador.**



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## COMUNICACIÓN EXTERNA

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 1 de 1

EL SUSCRITO ASESOR DE PLANEACION DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II

### CERTIFICA QUE

El Plan Operativo Anual vigencia 2025, se plantearon 19 metas, de las cuales se lograron ejecutar al final de la vigencia un total de 19, lo cual al dividirla sobre el total programado nos da un resultado de cumplimiento del 100%.

ITEM	METAS POA 2025	FECHA PROGRAMACION																								TOTAL ACTIVIDADES			METAS PROGRAMADAS	METAS CUMPLIDAS
		ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		PROGRAMADAS	CUMPLIDAS	%		
		P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C					
1	Mantener el equilibrio de los gastos operacionales con relación a la producción					1	1					1	1					1	1					1	1	4	4	100%	1	1
2	Disminución de las deudas por concepto de talento humano administrativo y asistencial					1	1					1	1					1	1					1	1	4	4	100%	1	1
3	Implementar políticas de pago y seguimiento estricto a las cuentas por cobrar																	1	1							1	1	100%	1	1
4	Depurar la cartera mayor a 360 días	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	12	100%	1	1
5	Incrementar el recaudo en un 15% en concepto de ventas de nuevos servicios y convenios interadministrativos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	12	100%	1	1
6	Gestionar proyecto de implementación de un sistema integral de costos hospitalarios																			1	1					1	1	100%	1	1
7	Elaboración proyecto de remodelación de áreas críticas asistenciales											1	1													1	1	100%	1	1
8	Elaboración proyecto de adquisición de equipos biomédicos											1	1													1	1	100%	1	1
9	Realizar autoevaluaciones de acuerdo a la Guía Metodológica de Acreditación en Salud											1	1													1	1	100%	1	1
10	Asegurar la implementación de acciones correctivas derivadas de auditorías	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	12	100%	1	1
11	Garantizar la correcta aplicación de guías clínicas en historias clínicas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	12	100%	1	1
12	Identificar la primera causa de egreso hospitalario y verificar documentación en historias clínicas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	12	100%	1	1
13	Realizar el procedimiento quirúrgico dentro de las primeras 6 horas en pacientes con diagnóstico de apendicitis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	12	100%	1	1



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## COMUNICACIÓN EXTERNA

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

## GESTION DE COMUNICACIONES

Página 2 de 1

ITEM	METAS POA 2025	FECHA PROGRAMACION																								TOTAL ACTIVIDADES			METAS PROGRAMADAS	METAS CUMPLIDAS	
		ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		PROGRAMADAS	CUMPLIDAS	%			
		P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C						
14	Evitar la broncoaspiración en pacientes pediátricos con neumonía intrahospitalaria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	12	100%	1	1
15	Garantizar tratamiento oportuno para Infarto Agudo de Miocardio	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	12	100%	1	1
16	Analizar todas las muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas y documentarlas en su comité respectivo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	12	100%	1	1
17	Mantener la oportunidad de atención en consulta de pediatría en menos de cinco días hábiles	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	12	100%	1	1
18	Mantener la oportunidad de asignación de cita de obstetricia en menos de cinco días hábiles	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	12	100%	1	1
19	Mantener la oportunidad de asignación de cita de medicina interna en menos de 15 días hábiles	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	12	100%	1	1
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORAS</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>157</b>	<b>157</b>		<b>19</b>	<b>19</b>	
		<b>2</b>	<b>2</b>			<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>14</b>					<b>100%</b>	
		<b>TOTAL DE METAS</b>																													

Se certifica a los nueve (9) días del mes de marzo del 2026.

  
VIKTOR PETIT MEJIA  
ASESOR PLANEACION



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 50 de 74

# INDICADOR 4-5-9-18-19-20 FICHA TECNICA



NIT:892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia:22/07/2020

Página 51 de 74

## FICHA TECNICA

### 4465000286 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II DE SAN JUAN DEL CESAR - (LA GUAJIRA)

#### CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO

Variable	Calificación
Año 2025 Resolución 1122 (con información cierre año 2024)	Sin riesgo
Año 2024 Resolución 980 (con información cierre año 2023)	Sin riesgo
Año 2023 Resolución 851 (con información cierre año 2022)	Sin riesgo
Año 2022 No se aplicó porque la Resolución 856 estuvo vigente hasta el 30 de Junio de 2022.	No aplica
Año 2021 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2020 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2019 Resolución 1342 (con información cierre año 2018)	Riesgo bajo
Año 2018 Resolución 2249 (con información cierre año 2017)	Sin riesgo
Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Riesgo bajo
Año 2015 Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Sin riesgo
Año 2014 Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Sin riesgo
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Riesgo bajo
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Sin riesgo

#### PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

Variable	2022	2023	2024	2025
Camas de hospitalización	60	60	71	0
Total de egresos	7.272	7.312	6.784	6.63
Porcentaje Ocupacional	95,89	109,81	111,75	113,78
Promedio Dias Estancia	3,31	3,41	4	4,29
Giro Cama	121,2	121,87	95,55	0
Consultas Electivas	118.736	125.947	125.14	129.781
Consultas de medicina general urgentes realizadas	23.854	29.73	31.522	26.543



NIT:892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia:22/07/2020

Página 52 de 74

Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	20.029	21.906	19.999	21.088
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	9.03	9.209	9.992	10.658
Numero de partos	1.74	1.598	1.252	1.16
% Partos por cesárea	56,15	58,45	58,87	69,91
Exámenes de laboratorio	199.803	216.968	225.294	272.545
Número de imágenes diagnósticas tomadas	40.232	43.173	51.858	54.403
Dosis de biológico aplicadas	23.51	25.728	26.252	22.854
Citologías cervicovaginales tomadas	4.29	4.091	3.977	3.766
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	4.38	2.959	3.449	3.121
Producción Equivalente UVR	3.165.781,94	3.328.782,16	3.533.929,96	3.789.834,18

#### CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 1446 del año 2006)

Variable
% Muertes intrahospitalarias antes 48 horas
% Muertes intrahospitalarias despues 48 horas
% infeccion intrahospitalaria
% cancelacion cirugia electiva
Promedio días consulta médica general
Promedio días consulta ginecoobstétrica
Número de días de espera para cirugía electiva ginecoobstétrica
% pacientes atendidos por urgencias remitidos
Razón Pacientes remitidas para atencion de parto por partos atendidos

#### CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016)

Variable	2022	2023	2024	2025
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	5,492	4,578	3,033	4,822
Razón Pacientes remitidas para atencion de parto por partos atendidos	0,032	0,032	0,051	0,049
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	0,319	0,179	0,492	0,245
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,003	0,002	0,005	0,002



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 53 de 74

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,441	1,586	1,523	1,44
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	1,021	1,053	1,023	1,148
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	3,454	3,949	3,972	3,883
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	2,456	2,46	2,593	2,47
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	2,418	2,834	2,869	2,755
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	2,407	2,604	2,634	2,565
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	4,127	4,317	4,194	4,497
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	22,864	21,636	21,428	19,81
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,978	0,974	0,977	0,979

PLANTA DE PERSONAL				
Variable	2022	2023	2024	2025
Total Cargos Planta de Personal (Provistos)	145	280	282	281
Empleados Públicos	33	32	32	30
Trabajadores Oficiales	0	0	0	0
Libre Nombramiento y Periodo Fijo	14	14	14	14
Planta Temporal	98	234	236	237

GASTO COMPROMETIDO (miles de pesos corrientes)				
Variable	2022	2023	2024	2025
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	43.231.442,5	48.422.384,71	59.684.083,4	71.949.528,93
Gasto de Funcionamiento	34.531.884,27	38.764.493,77	48.586.435,08	57.794.593,85
Gastos de Personal	24.423.217,39	26.702.514,99	33.677.883,71	40.555.165,42
Gasto de Personal de Planta	9.537.193,54	11.810.145	14.426.758,79	15.188.083,69
Servicios Personales Indirectos	14.886.023,85	14.892.369,99	19.251.124,92	25.367.081,73
Gasto de Sueldos	5.095.081,12	6.952.268,64	8.847.526,16	10.013.262,59
Gastos Generales	9.881.130,94	11.770.154,84	14.789.051,66	17.239.428,42
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	8.699.558,23	9.657.890,94	11.097.648,33	12.693.664,25



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 54 de 74

Otros Gastos	227.535,94	291.823,95	119.499,71	1.461.270,84
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	12.440.517,81	10.366.194,71	14.431.057,08	20.428.110,23
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	55.671.960,31	58.788.579,43	74.115.140,48	92.377.639,17

INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2022	2023	2024	2025
Ingreso Total Reconocido Excluye CxC	48.589.592,88	52.368.267,83	61.435.034,26	79.530.596,18
Total Venta de Servicios	42.893.152,04	50.763.715,99	59.002.526,36	69.222.083
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0	0	0	0
.....Régimen Subsidiado	27.623.314,39	31.416.073,88	39.913.568,58	51.871.520,8
.....Régimen Contributivo	4.136.868,34	6.019.222,76	5.444.425,35	5.971.205,72
Otras ventas de servicios	11.132.969,31	13.328.419,35	13.644.532,43	11.379.356,48
Aportes	827.587,23	437.430,88	0	7.669.686,34
Otros Ingresos	4.868.853,61	1.167.120,96	2.432.507,9	2.638.826,84
Cuentas por cobrar Otras vigencias	10.390.182,29	12.807.227,02	17.942.946,02	26.998.449,77
Ingreso Total Reconocido	58.979.775,17	65.175.494,85	79.377.980,28	106.529.045,95

INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2022	2023	2024	2025
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)	29.243.087,55	34.320.092,77	38.645.992,73	41.604.466,07
Total Venta de Servicios	23.546.646,71	33.152.971,81	36.488.504,3	31.295.952,89
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0	0	0	0
.....Régimen Subsidiado	16.975.924,48	22.925.521,45	26.263.015,51	23.634.785,95
.....Régimen Contributivo	2.329.080,7	4.609.879	2.515.309,73	2.470.000,78
Otras ventas de servicios	4.241.641,53	5.617.571,36	7.710.179,07	5.191.166,17
Aportes	827.587,23	0	0	7.669.686,34
Otros Ingresos	4.868.853,61	1.167.120,96	2.157.488,43	2.638.826,84
Cuentas por cobrar Otras vigencias	10.390.182,29	12.807.227,02	17.942.946,02	26.998.449,77
Ingreso Total Recaudado	39.633.269,84	47.127.319,79	56.588.938,75	68.602.915,84

RECAUDADOS / RECONOCIMIENTOS				
Variable	2022	2023	2024	2025
% de recaudos / reconocimientos	60,18	65,54	62,91	52,31
Total Venta de Servicios	54,9	65,31	61,84	45,21
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda				
.....Régimen Subsidiado	61,46	72,97	65,8	45,56
.....Régimen Contributivo	56,3	76,59	46,2	41,37



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 55 de 74

### GESTION DE COMUNICACIONES

Otras ventas de servicios	38,1	42,15	56,51	45,62
Aportes	100	0		100
Otros Ingresos	100	100	88,69	100
Cuentas por cobrar Otras vigencias	100	100	100	100

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA				
Variable	2022	2023	2024	2025
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,06	1,11	1,07	1,15
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,71	0,8	0,76	0,74
Equilibrio presupuestal con reconocimiento ( Sin CXC y CXP)	1,12	1,08	1,03	1,11
Equilibrio presupuestal con recaudo ( Sin CXC y CXP)	0,68	0,71	0,65	0,58
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	13.548,99	15.249,94	16.696,01	18.265,2
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	13.655,85	14.546,58	16.888,87	18.599,3
Gasto de personal por UVR (\$)	7.714,75	8.021,71	9.529,87	10.701,04

CARTERA DEUDORES (miles de pesos corrientes)				
Variable	2022	2023	2024	2025
Total Cartera	39.289.565,34	46.871.688,4	61.487.194,75	55.203.730,69
< 60 días	6.330.483,84	6.221.833,66	9.532.663,87	10.811.917,77
61 a 360 días	12.941.480,57	14.949.640,36	23.553.629,25	22.878.780,67
> 360 días	20.017.600,94	25.700.214,39	28.400.901,63	21.513.032,25
Régimen Subsidiado	16.017.240,91	20.834.401,69	34.062.934,11	37.892.333,15
< 60 días	3.813.848	3.517.061,06	6.736.412,57	6.565.652,58
61 a 360 días	5.505.081,95	8.449.995,53	15.013.457,22	16.846.567,01
> 360 días	6.698.310,96	8.867.345,09	12.313.064,32	14.480.113,55
Población Pobre No Asegurada	2.884.526,6	2.832.967,81	1.195.144,96	244.336,74
< 60 días	0	0	0	0
61 a 360 días	372.584	0	0	0
> 360 días	2.511.942,61	2.832.967,81	1.195.144,96	244.336,74
Régimen Contributivo	4.817.519,41	4.545.063,08	5.690.933,22	6.418.592,65
< 60 días	1.104.351,95	625.241,51	792.075,55	879.804,48
61 a 360 días	1.014.874,61	1.300.720,62	1.790.905,58	1.643.475,28
> 360 días	2.698.292,85	2.619.100,95	3.107.952,09	3.895.312,89
SOAT ECAT	4.519.167,53	5.207.501,74	5.187.359,71	4.502.483,26
< 60 días	523.792,68	729.590,04	482.352,84	788.439,9
61 a 360 días	1.520.793,18	1.803.789,1	2.075.344,68	1.635.591,18



NIT:892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia:22/07/2020

Página 56 de 74

> 360 dias	2.474.581,66	2.674.122,6	2.629.662,19	2.078.452,18
Otros Deudores	11.051.110,89	13.451.754,09	15.350.822,75	6.145.984,89
< 60 dias	888.491,2	1.349.941,04	1.521.822,92	2.578.020,81
61 a 360 dias	4.528.146,83	3.395.135,11	4.673.921,77	2.753.147,2
> 360 dias	5.634.472,86	8.706.677,94	9.155.078,06	814.816,88

PASIVOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2022	2023	2024	2025
TOTAL PASIVO	9.784.030,43	13.733.402,22	22.294.973,51	31.672.641,85
...SERVICIOS PERSONALES	0	6.063.475,71	8.223.667,17	10.960.516,75
Otros Acreedores	9.784.030,43	7.669.926,51	14.071.306,35	20.712.125,1



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 57 de 74

# INDICADOR 6

Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con el Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de Control Interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1.- Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material medicoquirurgicos en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismo de compra a),b) y c) 2.- Valor total de adquisiciones de medicamentos y material medicoquirurgicos de la vigencia evaluada por otros mecanismo de compra; 3.- Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material medicoquirurgicos de la vigencia evaluada.



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## COMUNICACIÓN EXTERNA

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 1 de 1

## EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II

### CERTIFICA QUE

En consideración a lo establecido en la resolución 710 del 2012, 743 del 2013 y 408 del 2018, y una vez revisado el comportamiento en los estados financieros de la ESE, certifica que durante la vigencia 2024, la ESE no realizó adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico, a través de los mecanismos que exige las normas antes citadas, que relacionamos a continuación:

- a).- Compra conjunta .....0 pesos
- b).- Cooperativas.....0 pesos
- c).- Mecanismos electrónicos.....0 pesos

El valor total comprometido durante la vigencia para la adquisición de estos insumos fue de \$12.693.664,25.

Se certifica a los nueve (9) días del mes de marzo del 2026.

**CARLOS MANUEL ALVAREZ ORTEGA**  
REVISOR FISCAL  
TP 86809-T



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 58 de 74

# INDICADOR 7

Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.



NIT:892115010-5  
COD: 4465000286

## COMUNICACIÓN EXTERNA

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia:22/07/2020

Página 1 de 1

## EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II

### CERTIFICA QUE

En consideración a lo establecido en la resolución 710 del 2012, 743 del 2013 y 408 del 2018, y una vez revisado el comportamiento en los estados financieros de la ESE, para la respectiva evaluación de sus indicadores por parte de la Honorable Junta Directiva de las ESE, para el cálculo del presente indicador se tomaron las siguientes variables de las cuales doy fe que son fieles a la contabilidad de la ESE.

Durante la vigencia 2024 y 2025 el comportamiento de las deudas según los conceptos de salarios del personal de nómina y honorarios del personal externalizado fue de la siguiente manera:

DETALLE		LINEA DE BASE	RESULTADO	
		2023	2024	2025
SALARIOS DE NOMINA	OBLIGACIONES	6,952,268,637	11,023,730,720	21,761,925,402
	PAGOS	5,842,757,401	10,181,900,260	22,245,343,233
SALDO SALARIOS NOMINA				
HONORARIOS PERSONAL INDIRECTO	OBLIGACIONES	14,892,369,987	17,382,964,511	11,923,626,628
	PAGOS	5,716,424,226	17,059,280,361	10,185,393,137
SALDO HONORARIOS PERSONAL INDIRECTO				
TOTAL	OBLIGACIONES	21,844,638,624	28,406,695,231	33,685,552,030
	PAGOS	11,559,181,627	27,241,180,621	32,430,736,370
SALDO		10,285,456,997	1,165,514,610	1,254,815,660
VARIACION		57.3	-82.2	7.7

Se certifica a los once (11) días del mes de marzo del 2026.

  
**CARLOS MANUEL ALVAREZ ORTEGA**  
REVISOR FISCAL  
TP 86809-T



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 59 de 74

# INDICADOR 8

Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las Actas de sesión de la Junta Directiva que como mínimo contenga: Fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, periodos de los RIPS utilizados para el análisis y relación de Actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## COMUNICACIÓN EXTERNA

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 1 de 1

## EL SUSCRITO ASESOR DE PLANEACION DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II

### CERTIFICA QUE

Que revisadas las actas de sesiones de Junta Directiva de la ESE Hospital San Rafael Nivel II durante la vigencia 2025, se pudo constatar que se presentaron los 6 informes respectivos de presentación de los RIPS, detallado por cada una de sus variables y que fueron analizados en cada una de las sesiones de la Honorable Junta Directiva de la ESE respectivas.

A la presente certificación se adjunta relación de las actas de cada una de las sesiones donde se presentaron los informes respectivos

BIMESTRE	FECHA	No ACTA
1	07/02/2025	01
2	27/03/2025	02
3	29/04/2025	05
4	25/07/2025	06
5	29/09/2025	08
6	28/11/2025	10

Se certifica a los diez (10) días del mes de marzo del 2026.

  
VIKTOR PETIT MEJIA

ASESOR PLANEACION



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 60 de 74

# INDICADOR 11

## REPORTE

### Ministerio de Salud y Protección Social SIHO

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

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

Departamento	Municipio	Nombre Institución	Nivel	Primer Trimestre 2025		Segundo Trimestre 2025		Tercer trimestre 2025		Cuarto trimestre 2025		Resultado Final de Cumplimiento
				Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	
Huila	TARQUI	E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE TARQUI	1	29/05/2025	Oportuno	14/08/2025	Oportuno	02/12/2025	Oportuno	25/02/2026	Oportuno	Cumple
Huila	TESALIA	ESE HOSPITAL SANTA TERESA	1	29/05/2025	Oportuno	14/08/2025	Oportuno	24/11/2025	Oportuno	02/03/2026	Oportuno	Cumple
Huila	TELLO	ESE CENTRO DE SALUD MIGUEL BARRETO LOPEZ DE TELLO	1	29/05/2025	Oportuno	14/08/2025	Oportuno	02/12/2025	Oportuno	25/02/2026	Oportuno	Cumple
Huila	TERUEL	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE	1	05/06/2025	Oportuno	31/08/2025	Oportuno	25/11/2025	Oportuno	25/02/2026	Oportuno	Cumple
Huila	TIMANÁ	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO	1	26/05/2025	Oportuno	28/08/2025	Oportuno	24/11/2025	Oportuno	25/02/2026	Oportuno	Cumple
Huila	VILLAVIEJA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO	1	06/06/2025	Oportuno	28/08/2025	Oportuno	01/12/2025	Oportuno	06/03/2026	Oportuno	Cumple
Huila	YAGUARÁ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA DE YAGUARA	1	29/05/2025	Oportuno	03/09/2025	Oportuno	03/12/2025	Oportuno	03/03/2026	Oportuno	Cumple
La Guajira	RIOHACHA	Empresa social del estado hospital nuestra señora de los remedios	2	28/05/2025	Oportuno	26/08/2025	Oportuno	29/11/2025	Oportuno	02/03/2026	Oportuno	Cumple
La Guajira	ALBANIA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE ALBANIA	1	28/05/2025	Oportuno	27/08/2025	Oportuno	02/12/2025	Oportuno	04/03/2026	Oportuno	Cumple
La Guajira	BARRANCAS	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	1	28/05/2025	Oportuno	27/08/2025	Oportuno	29/11/2025	Oportuno	04/03/2026	Oportuno	Cumple
La Guajira	DIBULLA	ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA	1	28/05/2025	Oportuno	26/08/2025	Oportuno	01/12/2025	Oportuno	03/03/2026	Oportuno	Cumple
La Guajira	DISTRACCIÓN	ESE HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA	1	03/06/2025	Oportuno	26/08/2025	Oportuno	29/11/2025	Oportuno	02/03/2026	Oportuno	Cumple
La Guajira	EL MOLINO	ESE HOSPITAL SAN LUCAS	1	28/05/2025	Oportuno	26/08/2025	Oportuno	29/11/2025	Oportuno	03/03/2026	Oportuno	Cumple
La Guajira	FONSECA	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA	1	28/05/2025	Oportuno	26/08/2025	Oportuno	29/11/2025	Oportuno	03/03/2026	Oportuno	Cumple
La Guajira	HATONUEVO	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	1	05/06/2025	Oportuno	29/08/2025	Oportuno	29/11/2025	Oportuno	02/03/2026	Oportuno	Cumple
La Guajira	LA JAGUA DEL PILAR	HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANJARREZ	1	03/06/2025	Oportuno	26/08/2025	Oportuno	29/11/2025	Oportuno	02/03/2026	Oportuno	Cumple
La Guajira	MAICAO	E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO	2	30/05/2025	Oportuno	20/08/2025	Oportuno	29/11/2025	Oportuno	27/02/2026	Oportuno	Cumple
La Guajira	MANAURE	E.S.E. HOSPITAL ARMANDO PABON LOPEZ	1	03/06/2025	Oportuno	26/08/2025	Oportuno	29/11/2025	Oportuno	12/03/2026	Extemporáneo	No Cumple
La Guajira	SAN JUAN DEL CESAR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II	2	28/05/2025	Oportuno	26/08/2025	Oportuno	29/11/2025	Oportuno	02/03/2026	Oportuno	Cumple
La Guajira	URIBIA	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO	1	30/05/2025	Oportuno	27/08/2025	Oportuno	29/11/2025	Oportuno	02/03/2026	Oportuno	Cumple

<b>Elaboró:</b>  Firmado digitalmente por Jall Tao Ortiz	<b>Revisó:</b>  Firmado digitalmente por Milton Pransel Urbano Lopez	<b>Aprobó:</b>  Firmado digitalmente por Lesly Tatiana Aguilar Rodriguez
--	--	--



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 61 de 74

# INDICADOR 12-13-16

Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE, que como mínimo contengan: referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.



NIT: 892115010-5  
 COD: 4465000286

## COMUNICACIÓN EXTERNA

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 1 de 1

## EL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II DE SAN JUAN DEL CESAR Y EN CUMPLIMIENTO DE LO REGLAMENTADO EN LA RESOLUCION 710 DEL 2012, 743 DEL 2013 Y 408 DEL 2018

### INFORMA

Que mediante Resolución motivada del año 2018 se adaptaron y adoptaron las diferentes guías de práctica clínica, las cuales se han actualizado de acuerdo a las exigencias de las diferentes especialidades, conjuntamente con las diferentes rutas de atención integral, de las cuales hacen parte las exigidas en las normas previamente citadas, dentro de las cuales podemos citar las enfermedades hipertensivas y hemorrágicas del embarazo, el IAM y las IVU, comprobándose a través de los informes de auditoria mensual el seguimiento estricto de la adherencia a las guías y el manejo de las mismas por parte del personal asistencial.

Que en la misma sesión del presente comité de decidió aplicar la siguiente fórmula de METODO PROBABILISTICO ALEATORIO, para poder calcular de manera óptima la muestra representativa de cada uno de los indicadores y la población a auditar, la cual representamos de la siguiente manera:

$$n = (Z^2pqN) / (Ne^2 + Z^2pq)$$

<b>n:</b>	Tamaño muestral
<b>N:</b>	Tamaño de la población, número total de historias
<b>Z:</b>	nivel de confianza: mide la confiabilidad de los
<b>p:</b>	probabilidad de ocurrencia: probabilidad de que ocurra
<b>q:</b>	probabilidad de no ocurrencia: probabilidad de que no
<b>e:</b>	grado de error: mide el porcentaje de error que puede



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## COMUNICACIÓN EXTERNA

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 2 de 1

Error Muestral (E)	0,07
Proporción de ocurrencia (P)	0,9
Proporción de no ocurrencia (Q)	0,1
Valor para Confianza (Z) (1)	1,96
(1) Si:	Z
Confianza el 95%	1,96
Confianza el 90%	1,65

Que durante la vigencia 2025, se realizó seguimiento estricto a las historias clínicas y las variables exigidas en la guía de manejo del comportamiento de los eventos de morbilidad materna extrema, dentro de los cuales quedan incluido las hemorragias del tercer trimestre mayor a 27 semanas de gestación y las patologías hipertensivas del embarazo, con un total de 106 historias clínicas, las cuales por disposición de la actual administración se viene realizando una auditoria estricta de manera permanente al 100% de las patologías objeto del presente indicador, tomando los correctivos en los factores de incumplimiento y logrando una adherencia del 100% de las mismas con las guías de manejo.

Que al realizar el análisis del perfil epidemiológico durante la vigencia 2025 se pudo comprobar las principales causas de egreso hospitalario de la ESE hospital San Rafael Nivel II, donde se pudo comprobar que la principal causa de egreso durante la vigencia evaluada fueron las INFECCION DE VIAS URINARIAS, por lo que se tomó el universo de todas las historias clínicas, para poder realizar el estudio correspondiente de la aplicación de lo determinado en la respectiva guía clínica, que al aplicar la formula (METODO PROBABILISTICO ALEATORIO PARA CALCULAR LA MUESTRA DE HISTORIAS CLINICAS A AUDITAR) nos arroja una muestra representativa de 131 historias clínicas, de las cuales 126 cumplieron con lo exigido en las guías adoptadas para esta patologías, por lo que se tiene un cumplimiento del 96%

Que el análisis de las historias que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio que al final tuvieron un diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio para la vigencia 2025, fueron en total 14 eventos registrados, los cuales al revisarse cada historia clínica para constatar el inicio de la terapia específica posterior al diagnóstico, evaluando de esta manera el desempeño en la atención de pacientes con esta patología, garantizando los mejores resultados clínicos, encontrándose que el 100% se le inició el tratamiento específico dentro de la primera hora posterior al diagnóstico.

Se expide la presente certificación a solicitud de la gerencia de la ESE, para efectos del cumplimiento de la evaluación del Plan de Gestión Gerencial vigencia 2025.

Se firma a los 10 días del mes de febrero del 2025

**MARGARITA POLANCO**  
Presidente comité





NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 62 de 74

# INDICADOR 14

Informe de la subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces que como mínimo contenga: Base de datos de los pacientes a quienes se le realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.



NIT:892115010-5  
COD: 4465000286

## COMUNICACIÓN EXTERNA

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia:22/07/2020

Página 1 de 1

EL SUSCRITO SUBGERENTE CIENTÍFICO DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II DE SAN JUAN DEL CESAR Y EN CUMPLIMIENTO DE LO REGLAMENTADO EN LA RESOLUCIÓN 710 DEL 2012,743 DEL 2013 Y 408 DEL 2018

### INFORMA

Que durante la vigencia 2025, al revisar el comportamiento de los eventos de APENDICECTOMIA, realizadas en la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II, a través del informe de todos los eventos reportados en el sistema de información de la ESE, y el análisis de cada una de las historias clínicas, se reporta un total de 226 eventos realizados, Al aplicar la formula del comportamiento de dicha actividad tenemos lo siguiente:

VARIABLE	No. DE CASOS	RESULTADO
Número de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso a quienes se le realizo la Apendicetomía, dentro de las 6 horas de confirmado el diagnostico en la vigencia objeto de la evaluación	223	0,99
Total de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	226	

El presente informe se firma a los 6 días del mes de marzo de 2026

**MARGARITA POLANCO**  
SUBGERENTE CIENTÍFICO



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 63 de 74

# INDICADOR 15-17

Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente, que como mínimo contenga: Aplicación de la fórmula del indicador



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

**COMUNICACIÓN EXTERNA**

**GESTION DE COMUNICACIONES**

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 1 de 1

**EL SUSCRITO RESPONSABLE DE LAS ACTIVIDADES DE LA GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II DE SAN JUAN DEL CESAR Y EN CUMPLIMIENTO DE LO REGLAMENTADO EN LA RESOLUCIÓN 710 DEL 2012, 743 DEL 2013 Y 408 DEL 2018**

**INFORMA**

Que durante la vigencia 2025, se presentaron 42 muertes intrahospitalarias en la estancia mayor a 48 horas, en la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II, a los cuales se les realizó el 100% la respectiva unidad de análisis, identificando todas las causas y factores que incidieron en el deceso y se determinaron las debilidades de origen intrahospitalario, como se puede constatar en las diferentes actas del comité de mortalidad hospitalaria, al igual que los planes de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados. El comportamiento de este indicador es el siguiente:

Al aplicar fórmula del comportamiento tenemos lo siguiente:

VARIABLE	No. DE CASOS	RESULTADO
Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación	42	100%
Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	42	

Que durante la vigencia 2025, al revisar los casos a través de los RIPS y las historias clínicas correspondientes a los casos de neumonías atendidas durante la vigencia objeto de la evaluación en los usuarios pediátricos en la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II, se constata que ninguna detalla como causa de origen las broncoaspiraciones de origen intrahospitalarias, por lo tanto el resultado de este indicador es de CERO casos de neumonías Bronco aspirativas de origen intrahospitalario, en la vigencia del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2025.

El presente informe se firma a los 10 días del mes de marzo del 2026.

*Kelys Mendoza Diaz*

**KELYS MENDOZA DIAZ**  
ASESORA CALIDAD HSR NIVEL II



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 64 de 74

# **ANEXO 3**

## **INSTRUCTIVO DE CALIFICACION**



NIT:892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia:22/07/2020

Página 65 de 74

## DIRECCION Y GERENCIA 20%

DIRECCION Y GERENCIA 20%					
INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	OPCIONES DE RESULTADO			CALIFICACION
		1	2	3	
1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	La ESE obtuvo una calificación inferior a la vigencia anterior (indicador menor de 1)	La ESE no realizó autoevaluación en la vigencia evaluada de todos los estándares de acreditación que le aplican		0
		El resultado de la comparación está entre 1 y 1,10			1
		El resultado de la comparación está entre 1,11 y 1,19			3
		El resultado de la comparación es mayor o igual a 1,20	La ESE obtuvo la acreditación en la vigencia evaluada	la ESE fue postulada en la evaluación externa por la entidad acreditadora y dicha postulación se formalizó con la firma del contrato entre la ESE y la entidad acreditadora en la vigencia evaluada.	5
2	Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de atención en salud	Si el resultado de la comparación arroja un resultado menor o igual 0,50	La ESE no ha iniciado la aplicación de metodologías de mejoramiento continuo		0
		Si el resultado de la comparación está entre 0,51 - 0,70			1
		Si el resultado de la comparación está entre 0,71 - 0,89			3
		Si el resultado de la comparación es $\geq 0,9$			5
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	Si el resultado de la comparación arroja un resultado menor o igual 0,50	Si la ESE no cuenta con Plan Operativo Anual		0
		Si el resultado arroja un valor entre 0,51 - 0,70			1
		Si el resultado arroja un valor entre 0,71 - 0,89			3
		Si el resultado arroja un valor $\geq 0,9$			5



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 66 de 74

## FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%

INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	OPCIONES DE RESULTADO	CALIFICACION
4	Riesgo fiscal y financiero	Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto y no fue adoptado el Plan de saneamiento Fiscal Y Financiero	0
		Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto y adopto el Plan de saneamiento Fiscal Y Financiero en los terminos previsto en la normatividad vigente	5
5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	Si el indicador arroja un valor mayor 1,10	0
		Si el indicador arroja un valor entre 1 - 1,1	1
		Si el indicador arroja un valor entre 0,9 - 0,99	3
		Si el indicador arroja un valor < 0,9	5
6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos de a).- compra conjunta, b).- compra a través de cooperativas de ESE y/o c).- compra a través de mecanismos electrónicos	Si el indicador arroja un valor < 0,30	0
		Si el indicador arroja un valor entre 0,30 - 0,50	1
		Si el indicador arroja un valor entre 0,51 - 0,69	3
		Si el indicador arroja un valor ≥ 0,70	5
7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es POSITIVA (+)	0
		Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es = CERO (0)	1
		Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es NEGATIVA (-)	3
		Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda CERO (0)	5
8	Utilización de información de registro individual de presentaciones-RIPS	Si en la vigencia evaluada el gerente de la ESE presento a la Junta Directiva de la entidad un (1) informe de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS o no presento informes.	0
		Si en la vigencia evaluada el gerente de la ESE presento a la Junta Directiva de la entidad dos (2) informe de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS	1
		Si en la vigencia evaluada el gerente de la ESE presento a la Junta Directiva de la entidad tres (3) informe de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS	3
		Si en la vigencia evaluada el gerente de la ESE presento a la Junta Directiva de la entidad cuatro (4) informe de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS	5
9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Si el indicador arroja un valor < 0,80	0
		Si el indicador arroja un valor entre 0,81 - 0,90	1
		Si el indicador arroja un valor entre 0,91 - 0,99	3
		Si el indicador arroja un valor ≥ 1,00	5



NIT:892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia:22/07/2020

## GESTION DE COMUNICACIONES

Página 67 de 74

10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia nacional de salud o la norma que la sustituya.	Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE NO presento oportunamente la informacion en cumplimiento de la Circular Unica expedida por la Suyperintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	0
		Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presento oportunamente la informacion en cumplimiento de la Circular Unica expedida por la Suyperintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	5
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, compilado en la sección 2, Capitulo 8 Titulo 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y protección Social, o la norma que la sustituya.	Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE NO presento oportunamente la informacion en cumplimiento de decreto 2193 de 2004, compilado en la sección 2, Capitulo 8 Titulo 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y protección Social, o la norma que la sustituya.	0
		Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presento oportunamente la informacion en cumplimiento de decreto 2193 de 2004, compilado en la sección 2, Capitulo 8 Titulo 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y protección Social, o la norma que la sustituya.	5



NIT:892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia:22/07/2020

Página 68 de 74

## CLINICA O ASISTENCIAL 40%

INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	OPCIONES DE RESULTADO	CALIFICACION
12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un resultado < 0,30	0
		Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojo un resultado entre 0,30 y 0,55	1
		Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojo un resultado entre 0,56 y 0,79	3
		Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un resultado $\geq$ 0,80	5
13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida (3)	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un resultado < 0,30	0
		Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojo un resultado entre 0,30 y 0,55	1
		Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojo un resultado entre 0,56 y 0,79	3
		Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un resultado $\geq$ 0,80	5
14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un resultado < 0,51	0
		Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojo un resultado entre 0,51 y 0,70	1
		Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojo un resultado entre 0,71 y 0,89	3
		Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un resultado $\geq$ 0,90	5
15	Numero de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Si en la vigencia evaluada la ESE registro eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos y la variación interanual es POSITIVA	0
		Si en la vigencia evaluada la ESE registro eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos y la variación interanual arroja valor CERO (0)	1
		Si en la vigencia evaluada la ESE registro eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos y la variación interanual es NEGATIVA	3
		Si en la vigencia evaluada la ESE NO registro eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos	5
16		Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un resultado < 0,51	0



NIT:892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia:22/07/2020

### GESTION DE COMUNICACIONES

Página 69 de 74

	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	Si en la vigencia evaluada el indicador específico arroja un resultado entre 0,51 y 0,70	1
		Si en la vigencia evaluada el indicador específico arroja un resultado entre 0,71 y 0,89	3
		Si en la vigencia evaluada el indicador arroja un resultado $\geq 0,90$	5
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Si en la vigencia evaluada el indicador arroja un resultado $< 0,51$	0
		Si en la vigencia evaluada el indicador específico arroja un resultado entre 0,51 y 0,70	1
		Si en la vigencia evaluada el indicador específico arroja un resultado entre 0,71 y 0,89	3
		Si en la vigencia evaluada el indicador arroja un resultado $\geq 0,90$	5
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de citas pediátricas.	Si en la vigencia evaluada el indicador arroja un resultado $\geq 10$ días	0
		Si en la vigencia evaluada el indicador arroja un resultado entre 8 y 9 días.	1
		Si en la vigencia evaluada el indicador arroja un resultado entre 6 y 7 días.	3
		Si en la vigencia evaluada el indicador arroja un resultado $\leq 5$ días	5
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de obstetricia.	Si en la vigencia evaluada el indicador arroja un resultado $\geq 16$ días	0
		Si en la vigencia evaluada el indicador arroja un resultado entre 11 y 15 días.	1
		Si en la vigencia evaluada el indicador arroja un resultado entre 9 y 10 días.	3
		Si en la vigencia evaluada el indicador arroja un resultado $\leq 8$ días	5
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina interna.	Si en la vigencia evaluada el indicador arroja un resultado $\geq 30$ días	0
		Si en la vigencia evaluada el indicador arroja un resultado entre 23 y 29 días.	1
		Si en la vigencia evaluada el indicador arroja un resultado entre 16 y 22 días.	3
		Si en la vigencia evaluada el indicador arroja un resultado $\leq 15$ días	5



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 70 de 74

## ***ANEXO 4***

### **MATRIZ DE CALIFICACION**



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 71 de 74

## MATRIZ DE CALIFICACION SIN INDICADOR 4

Área	No Indicador	Indicador	CALIFICACION			
			ALCANZADA	PONDERACION	RESULTADO	IDEAL
AREA DE GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA	1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.		0,05		0,25
	2	Efectividad en la Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de atención en salud		0,05		0,25
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.		0,1		0,5
						<b>1</b>
Área	No Indicador	Indicador	CALIFICACION			
			ALCANZADA	PONDERACION	RESULTADO	IDEAL
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVO	4	<i>Riesgo Financiero</i>	NO APLICA			
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR) producida		0,057		0,285
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos de a).-compra conjunta, b).- compra a través de cooperativas de ESE y/o c).- compra a través de mecanismos electrónicos		0,057		0,285
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior		0,057		0,285
	8	Utilización de información de registro individual De prestaciones RIPS		0,057		0,285
	9	Resultado Equilibrio presupuestal con recudo		0,057		0,285
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de informes según Circular Única, expedida por la Súper		0,057		0,285
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, compilado en la sección 2, Capítulo 8 Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y protección Social, o la norma que la sustituya.		0,057		0,285
						<b>2,00</b>
Área		Indicador	CALIFICACION			



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 72 de 74

	No Indicador		ALCANZADA	PONDERACION	RESULTADO	IDEAL
AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación		0,07		0,35
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida (3)		0,05		0,25
	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomia		0,05		0,25
	15	Numero de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual		0,05		0,25
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnostico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)		0,05		0,25
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria		0,05		0,25
	18	Tiempo promedio de espera para la asignacion de citas pediátricas.		0,03		0,15
	19	Tiempo promedio de espera para la asignacion de citas de obstetricia.		0,03		0,15
	20	Tiempo promedio de espera para la asignacion de citas de medicina interna.		0,02		0,1
						2
CALIFICACION ALCANZADA						5,00
PORCENTAJE ALCANZADO						



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 73 de 74

# ***ANEXO 5***

## **ESCALA DE RESULTADOS**



NIT: 892115010-5  
COD: 4465000286

## INFORME DE GESTION

### GESTION DE COMUNICACIONES

Código: GCO-F-CE-01

Versión: 2.0

Vigencia: 22/07/2020

Página 74 de 74

#### ESCALA DE RESULTADOS

RANGO DE CALIFICACION	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTION
PUNTAJE TOTAL ENTRE 0,0 Y 3,49	INSATISFACTORIA	MENOR AL 70%
PUNTAJE TOTAL ENTRE 3,5 Y 5,0	SATISFACTORIO	IGUAL O SUPERIOR AL 70%