

|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

# INDICADORES DE DIRECCION Y GERENCIA

|                                                                                   |                                             |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                   |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

## INDICADOR 1

### MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR

En cumplimiento de la Resolución 5095 de 2018, CEHANI E.S.E. ha adoptado el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario (Versión 3.1). Este proceso no se limita a un requisito legal, sino que constituye el eje estratégico para el Mejoramiento Continuo de la Calidad, orientando los procesos institucionales hacia la excelencia y la seguridad del paciente.

La autoevaluación viene siendo aplicada por los equipos PAMEC y los líderes de estándares definidos mediante la Resolución 068 de junio de 2023, garantizando la trazabilidad y el rigor técnico en la calificación.

Se observa una tendencia positiva en el cumplimiento de los estándares de acreditación. El resultado global institucional pasó de **1.4 en 2024 a 1.7 en 2025**, lo que representa un crecimiento del **21.4%** en el nivel de madurez de los procesos.

Como resultado comparativo de una vigencia con la otra muestra un valor de 1.2

#### ANALISIS POR GRUPO DE ESTANDAR

- **Gestión de la Tecnología:** Presenta el crecimiento más significativo, pasando de **1.3 a 1.8**. Esto sugiere una inversión efectiva en infraestructura tecnológica o una mejora sustancial en los procesos de mantenimiento preventivo y renovación.
- **Cliente Asistencial:** Continúa siendo el estándar con mejor desempeño, alcanzando un **2.2**. Es el primer grupo que rompe la barrera de los 2 puntos, consolidando el enfoque institucional hacia la seguridad y satisfacción del usuario.
- **Direccionamiento:** Incrementó de **1.3 a 1.7**, lo cual refleja un fortalecimiento en la planeación estratégica y en la capacidad de la alta dirección para guiar la institución hacia la acreditación.



|                                                                                                        |                                             |  |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--|-----------------------------------------|
| <br>NIT 891200638 - 1 | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> |  | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                        |                                             |  | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                        | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   |  | Versión: 0                              |

*Estándares con oportunidades de mejora*

- **Gerencia, Ambiente Físico e Información:** Estos grupos muestran un avance conservador (de **1.4 a 1.5**). Si bien no hay retroceso, el ritmo de mejora es menor en comparación con el eje asistencial. Se requiere una revisión de los planes de acción en el PAMEC para identificar cuellos de botella administrativos.
- **Talento Humano y Mejoramiento:** Pasaron de **1.3 a 1.5**. Dado que el "Mejoramiento" es el eje transversal de la acreditación, este incremento debe ser priorizado para asegurar que los cambios sean sostenibles en el tiempo.

| AUTOEVALUACION ESTÁNDARES DE ACREDITACION | PERIODO    |            | RESULTADO  |
|-------------------------------------------|------------|------------|------------|
|                                           | 2024       | 2025       |            |
|                                           | I          | II         |            |
| CLIENTE ASISTENCIAL                       | 1.8        | 2.2        | 1.2        |
| DIRECCIONAMIENTO                          | 1.3        | 1.7        | 1.3        |
| GERENCIA                                  | 1.4        | 1.5        | 1.1        |
| TALENTO HUMANO                            | 1.3        | 1.5        | 1.2        |
| AMBIENTE FÍSICO                           | 1.4        | 1.5        | 1.1        |
| GESTION DE LA TECNOLOGÍA                  | 1.3        | 1.8        | 1.4        |
| INFORMACIÓN                               | 1.4        | 1.5        | 1.1        |
| MEJORAMIENTO                              | 1.3        | 1.5        | 1.2        |
| <b>RESULTADO</b>                          | <b>1.4</b> | <b>1.7</b> | <b>1.2</b> |

|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

| <b>FORMULA</b>                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Promedio de calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/ Promedio de calificación de autoevaluación en la vigencia anterior. |
| <b>APLICACIÓN DE LA FORMULA</b>                                                                                                         |
| = 1.7 / 1.4                                                                                                                             |
| <b>RESULTADO</b>                                                                                                                        |
| 1.2                                                                                                                                     |
| <b>ANEXOS</b>                                                                                                                           |
| Autoevaluación 2024<br>Autoevaluación 2025                                                                                              |

|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

# SOORTE INDICADOR 1 AUTOEVALUACION 2025

[illegible]

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| Estándar 4. Código: (AsDP4)   | <b>Criterios:</b><br>1. Si la organización presta servicios mediante la venta de servicios parciales como hotelería, salas de cirugía u otros, cuenta con mecanismos para asegurar que la atención extra institucional ambulatoria o intrahospitalaria prestada por terceros se presta cumpliendo con los estándares de acreditación en relación con el servicio o servicios prestados.<br><br>2. Si la organización tiene responsabilidades en la atención de grupos poblacionales o contrata servicios con terceros, cuenta con mecanismos para asegurar que el ciclo de atención del usuario del cual es responsable se realiza cumpliendo con los estándares de acreditación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se verifica que los servicios tercerizados se encuentren habilitados de acuerdo al REPS<br><br>Se verifica que los servicios tercerizados se encuentren habilitados de acuerdo al REPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | No se realiza la verificación de los estándares de acreditación en relación con los servicios prestados<br><br>No se realiza la verificación de la atención del usuario cumpliendo con estándares de acreditación                                                                        | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2   |
| <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |
| Estándar 5. Código: (AsSP1)   | La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización mediante:<br><b>Criterios:</b><br>1. Una estructura funcional para la seguridad del paciente.<br><br>2. La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su<br>3. Monitorización de eventos adversos.<br><br>4. Evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior.<br><br>5. Inclusión de estrategias de información sobre eventos adversos a los pacientes y familiares                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | La organización cuenta con el programa de Seguridad del Paciente debidamente formulada, implementada y desplegada<br><br>Se cuenta con comité institucional de gestión y desempeño<br>Dentro del documento de Seguridad del Paciente se cuenta con incentivos para el reporte de Eventos Adversos<br>El programa de Seguridad del Paciente cuenta con un Líder que realiza la monitorización de los Eventos Adversos reportados<br>La organización cuenta con la Elaboración, implementación, seguimiento de Planes de mejora para la evaluación del desempeño<br>La organización cuenta con ayudas audiovisuales referentes al Programa de Seguridad del Paciente dirigidas al Cliente Externo | No se evalúa la implementación de la política de seguridad del paciente<br><br>No se ha implementado las estrategias de incentivo para fortalecer la cultura del reporte<br><br>La organización no cuenta con una estrategia de divulgación masiva para todos los colaboradores internos | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2   |
| Estándar 6. Código: (AsSP2)   | La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que define las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.<br><b>Criterios:</b><br>1. La estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos.<br><br>2. La investigación, el análisis, la gestión y la toma de decisiones que evite los eventos adversos prevenibles y, en caso de presentarse, mitigar sus<br>3. La organización identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | La organización a través de su Política de Seguridad del Paciente cuenta con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño<br><br>Dentro del Documento de Seguridad del Paciente se incluye el análisis de los casos a través de Protocolo de Londres y/o Método Dader                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2,1 |
| Estándar 7. Código: (AsSP3)   | La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.<br><br><b>Criterios:</b><br>1. <b>Procesos institucionales seguros:</b><br>a. Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos<br><br>b. Política institucional de seguridad del paciente<br>c. Promoción de la cultura de seguridad<br><br>d. Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo.<br>e. Reporte<br>f. Análisis y Gestión<br>g. Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de seguridad en los procesos a su cargo<br>h. Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador<br>i. Estandarización de procedimientos de atención.<br>j. Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos.<br>k. La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación de servicio.<br><br>l. Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en la salud.<br>2. <b>Procesos asistenciales seguros</b><br>a. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la<br>b. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos<br>c. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.<br>d. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.<br>e. Prevenir úlceras por presión<br>f. Prevenir las complicaciones anestésicas | La organización dentro del programa de Seguridad del Paciente implementa las técnicas de Buenas Prácticas en seguridad del paciente a través de la implementación de Rondas de seguridad, y el despliegue a los clientes externo e internos a través de ayudas audiovisuales, Reporte de Eventos adversos, investigación, análisis y seguimiento<br><br>Se cuenta con protocolos y se aplican listas de chequeo durante las rondas de seguridad<br><br>NA<br>Se cuenta con protocolo de valoración preanestésica                                                                                                                                                                                | No se ha implementado las estrategias de incentivo para fortalecer la cultura del reporte<br><br>No se cuenta con Software que genere alertas en caso de presentarse un riesgo que pueda generar un evento adverso                                                                       | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2,1 |



[illegible]

[illegible]









[illegible]

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| Estandar 33. Código: (AsPL11) | <p>11. Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.<br/>i.e. humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios establecidos para el ingreso de los pacientes, vías de administración que consideren comunidad y nivel de dolor.</p> <p>12. Abordaje integral del manejo del dolor.</p> <p>13. Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables.</p> <p>14. Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares.</p> <p>15. Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio.</p> <p>16. Políticas de distribución de humanización en el ambiente físico de la atención farmaciales, asistenciales, administrativas, etc.</p> <p>17. El abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios.</p> <p>18. Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc.</p> <p>19. Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa a usuarios y familiares.</p> <p>20. Desarrollo de estrategias de cuidado con orientación lúdica, especialmente en el caso de niños, adulto mayor y de contribución para el uso adecuado del tiempo en hospitalizaciones prolongadas (lectura, manualidades, etc.).</p> <p>21. El desarrollo de las actividades de este estándar se despliega a todo el personal de la organización, incluidos terceros contratados.</p> <p>22. Gestión de riesgos relacionados con la falta de humanización en el servicio.</p> <p>23. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</p>                                                                                | <p>NA</p> <p>Se cuenta con política de humanización</p> <p>NA</p> <p>Se cuenta con protocolo de atención preferencial</p> <p>NA</p> <p>política de humanización</p> <p>Se cuenta con documento de enfoque diferencial</p> <p>Citas por medio tecnológicos, y presenciales para población preferencial</p> <p>Se cuenta con política de humanización</p> <p>NA</p> <p>Se cuenta con política de humanización</p>            | <p>No se cuenta con política para reducir la contaminación visual y auditiva</p> <p>falta de divulgación</p> <p>No se cuenta con documento de enfoque diferencial actualizado y ajustado</p> <p>No se realiza la divulgación ni socialización de la política</p> <p>No se realiza la divulgación ni socialización de la política de humanización</p> <p>No se cuenta con informe de adherencia a la política de humanización</p> | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 2  | 2  | 1  | 1  | 1  | 2,1 |
| Estandar 34. Código: (AsPL12) | <p>La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente; incluye:</p> <p>Criterios:</p> <p>1. Diseño del plan farmacológico de tratamiento.</p> <p>2. Aplicación de la política de uso racional de antibiótico.</p> <p>3. Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere.</p> <p>4. Participación del servicio farmacéutico.</p> <p>5. Participación de infectología si la complejidad lo requiere.</p> <p>6. Reconciliación de medicamentos al ingreso.</p> <p>7. Fármaco vigilancia.</p> <p>8. Señales de alarma y mecanismos para la separación de medicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración.</p> <p>9. Revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos.</p> <p>10. Mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas de medicamentos del paciente (este criterio no aplica para los servicios ambulatorios). Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume según un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención. El equipo de salud debe tener conocimiento de los medicamentos que el paciente consume y de aquellos que se van a utilizar. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos.</p> <p>11. Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.</p> <p>12. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</p> | <p>Por parte del medico tratante se diseña el plan farmacológico de tratamiento consignado en historia clínica</p> <p>NA</p> <p>NA</p> <p>Hay participación de la química farmacéutica en los comités de infecciones, y de vigilancia epidemiológica</p> <p>NA</p> <p>NA</p> <p>Se cuenta con el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia</p> <p>Se tiene el protocolo de manejo de medicamentos LASA</p> <p>NA</p> | <p>Se cuenta con una sola química farmacéutica para el desarrollo de las actividades asistenciales y administrativas</p> <p>No se cuenta con personal suficiente para realizar doble verificación de dispensación de medicamentos</p> <p>NA</p>                                                                                                                                                                                  | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 3  | 2  | 1  | 1  | 1  | 2,2 |
| Estandar 35. Código: (AsPL13) | <p>La organización tiene definida una metodología para la investigación diagnóstica que busque optimizar el tratamiento; lo anterior se acompaña de análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.</p> <p>Criterios:</p> <p>1. La información de la planeación y la investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo de salud y se comunica oportunamente al usuario y su familia. La constancia de la información brindada debe quedar escrita en la historia clínica.</p> <p>2. Hay un proceso definido para referencia de las órdenes de necesidades diagnósticas, bien sea dentro de la organización u otra diferente, incluye:</p> <p>3. Una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas, identificadas, almacenadas, transportadas las muestras y cómo se notifican los resultados.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | 0   |

[illegible]

[illegible]





[illegible]

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| Estándar 49. Código: (AsEVA3) | 1. La organización garantiza que el personal asistencial conoce la definición y el proceso referidos en el estándar.<br>2. El personal que interviene en el proceso lo aplica, acorde con lo definido por la organización.<br>3. La evaluación de la adecuación de la utilización del servicio se hace con base en criterios explícitos y priorizando la seguridad del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | evolucion y de acuerdo al diagnostico del paciente la clasificacion en consultante cronico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | atención de los servicios                                                                                                     | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1   |
| Estándar 50. Código: (AsEVA4) | La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral, teniendo en cuenta entre otros los siguientes criterios:<br>Criterios:<br>1. Portafolio de servicios de la institución.<br>2. Detección de necesidades y expectativas del usuario y su familia.<br>3. Mecanismos para medir la adherencia al plan de tratamiento.<br>4. Indicadores de efectividad y oportunidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NA                                                                                                                            | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | 0   |
| SALIDA Y SEGUIMIENTO          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| Estándar 51. Código: (AsSAL1) | La organización cuenta con un proceso estandarizado para el egreso de los pacientes, que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento. Incluye lo siguiente:<br>Criterios:<br>1. Estrategias para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso.<br>2. Cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios.<br>3. Para los casos en que la condición clínica, física y/o mental lo amerite, el egreso será dado en compañía de un adulto responsable, previa valoración por el médico tratante.<br>4. Comunicación de toda la información relevante a la empresa promotora de salud, administradora, o las que se asimilen, para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento.<br>5. Planes documentados y de referencia para el seguimiento y tratamiento que incluyen: lugar, fecha y razones de referencia y personas que debe contactar, si aplica.<br>6. Reporte de los resultados del cuidado y tratamiento, si aplica. Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios.<br>7. Existe para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios. Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios.<br>8. Información de los trámites que los usuarios deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador. Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar dicha labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional.<br>9. Plan de cuidado escrito que incluye la explicación acorde con el nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación y signos y síntomas de alerta temprana de posibles complicaciones, si aplica.<br>10. El profesional tratante debe proveer información básica al usuario y su familia como resultado de su atención. Especial importancia se le da a los cuidados y el autocuidado en casa (dietas especiales, seguimiento farmacológico, ejercicios, rehabilitación, etc.).<br>11. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas. | 1. En el proceso de Cirugía Ambulatoria, ayudas dx y ARH se encuentra documentada la actividad de despliegue de los cuidados.<br>2. En los procesos asistenciales se encuentra documentado la solicitud de un acompañante.<br>3. Existe un procedimiento de referencia y contrareferencia.<br>4. dentro del area de consulta especializada y quirófano se deja consignado en la historia clinica la educacion y cuidados al usuario, y en el area de habilitacion rehabilitacion se socializa al usuario y acompañante el plan de tto | La organización no cuenta con formatos actualizados para determinar el porcentaje de cumplimiento en la atención del paciente | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2,5 |
| Estándar 52. Código: (AsSAL2) | La organización asegura un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población a la que presta sus servicios.<br>Criterios:<br>1. La organización asegura que las políticas, directrices, procesos y procedimientos para la prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública.<br>2. La organización asegura la existencia y aplicación de directrices y/o procedimientos para el seguimiento de la prevención de las enfermedades y la salud después de la salida del paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | actualizar dra elizabeth                                                                                                      | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1   |
| REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| Estándar 53. Código: (AsREF1) | En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos:<br>1. La organización cuenta con guías y criterios explícitos de que tipo de casos se remiten, cuándo se remiten, por qué se remiten y a dónde se remiten, entre otros.<br>2. La organización garantiza que todas las remisiones cuentan con la información clínica relevante del paciente.<br>3. Brinda información clara y completa al usuario y su familia sobre el proceso de remisión y los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio donde se refiere al usuario.<br>4. La organización garantiza que los profesionales que remiten a sus usuarios cuenten con retroalimentación del resultado de la atención y que dicha información quede incorporada en los registros médicos del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1. Cuenta con un procedimiento y un manual de referencia y contra referencia<br>2. Cuenta con indicadores de medición que le permiten el reporte al ente territorial y entidades de salud que lo solicitan<br>4. Cuenta con formatos normativamente estandarizados de referencia y contra referencia donde se describe la información clínica relevante del paciente                                                                                                                                                                  |                                                                                                                               | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2,4 |

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]



[illegible]



|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PROCESO SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                 |              |          |                   |                              |                                             |             |              |                       |           |             |       | Código: MA-SIG-            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|-------------------|------------------------------|---------------------------------------------|-------------|--------------|-----------------------|-----------|-------------|-------|----------------------------|
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AUTOEVALUACION ESTÁNDARES DE ACREDITACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                 |              |          |                   |                              |                                             |             |              |                       |           |             |       | Fecha de aplicación: 22 de |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                 |              |          |                   |                              |                                             |             |              |                       |           |             |       | Versión: 0                 |
| ESTANDAR CODIGO                                                                   | ESTANDAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ASPECTOS CUALITATIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                 | CALIFICACIÓN |          |                   |                              |                                             |             |              |                       |           |             | TOTAL |                            |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                 | ENFOQUE      |          | IMPLEMENTACIÓN    |                              | RESULTADOS                                  |             |              |                       |           |             |       |                            |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FORTALEZAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | OPORTUNIDADES DE MEJORA (DEBILIDADES)                                                                                                           | Sistema      | Procesos | Evaluado y Medido | Desplegado en la Institución | Aprobados por el Comité Interno y/o Sistema | Permanencia | Consistencia | Avance de la medición | Sensación | Comparación |       |                            |
| GRUPO DE ESTANDARES DE GERENCIA                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                 |              |          |                   |                              |                                             |             |              |                       |           |             |       |                            |
| Estándar 89. Código: (GER1)                                                       | Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos.<br><b>Criterios:</b><br>1. Una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores.<br>2. Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas.<br>3. La descripción del proceso de atención al cliente.                                                                                                                                                                                                                                              | 1. Se tiene identificado las necesidades y expectativas de los clientes y son evaluadas de manera anual de igual manera se tiene descrito la metodología para la identificación y actualización<br>2. Se cuenta con el procedimiento de PQRSF a las cuales de manera aleatoria se hace auditoría interna y externa<br>3. Se tiene descritos los lineamientos en cada proceso asistencial el proceso de atención del cliente                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1. No se brinda efectividad de las respuestas frente a los requerimientos del cliente. PQRS                                                     | 3            | 3        | 2                 | 2                            | 2                                           | 1           | 2            | 1                     | 2         | 1           | 1,9   |                            |
| Estándar 90. Código: (GER 2)                                                      | La alta dirección promueve, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el autocuidado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1. Se tiene documentado el programa de seguridad del paciente, procedimiento, guías y protocolos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1. No se realiza la evaluación                                                                                                                  | 3            | 3        | 2                 | 2                            | 2                                           | 2           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,8   |                            |
| Estándar 91. Código: (GER 3)                                                      | Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1. La entidad cuenta con la política de prestación de servicios orientada hacia la adopción de la política de atención integral en salud.<br>2. La entidad ha implementado la prestación de nuevos servicios de salud para suplir la necesidad de la población objeto como el servicio de vacunación.<br>3. Se cuenta con un portafolio de servicios claramente establecido.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1. Debilidades en el análisis sobre la suficiencia y cobertura de los servicios a ofertar, incluyendo valoraciones de capacidad instalada.      | 3            | 3        | 2                 | 2                            | 2                                           | 1           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,7   |                            |
| Estándar 92. Código: (GER 4)                                                      | La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual:<br><b>Criterios:</b><br>1. Responde a una política organizacional.<br>2. Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos.<br>3. Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos.<br>4. Realiza acciones de evaluación y mejora.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1. La alta dirección tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo el cual se encuentra articulado con el Direccionamiento Estratégico y se cuenta con política de gestión del riesgo mediante la guía GUIA GU-CDG-001 Guía de administración de riesgos y el Procedimiento PR-CDG-003.<br>2. La organización dispone de una metodología para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos, y se tiene identificados los riesgos en procesos institucionales.<br>3. Se realiza seguimientos trimestralmente por la Oficina de Control Interno remitidos a la Gerencia para la toma de decisiones.<br>4. Se cuenta con plan anticorrupción que identifica riesgos asociados a los procesos de la entidad. | 1. Debilidades en la identificación y actualización de la matrices de riesgos de acuerdo a su materialización                                   | 2            | 2        | 2                 | 2                            | 2                                           | 2           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,6   |                            |
| Estándar 93. Código: (GER 5)                                                      | La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye:<br><b>Criterios:</b><br>1. Un proceso planificado para la referenciación en el que se priorizan las prácticas que son objeto de esta referenciación.<br>2. Una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.).<br>3. Procesos de gestión clínica: adherencia a guías de práctica clínica, diligenciamiento de historia clínica y pertinencia diagnóstica, entre otros.<br>4. Evaluación de resultados ajustados por riesgo.<br>5. Eventos adversos.<br>6. Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.<br>7. Se implementan acciones de mejora a partir de los procesos de referenciación realizado. | En la entidad se ha adelantado procesos de referenciación con algunas entidades de la región                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1. No se promueve la comparación sistemática con referentes nacionales e internacionales para fortalecer los diferentes procesos de la entidad. | 1            | 1        | 1                 | 1                            | 1                                           | 1           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1     |                            |
| Estándar 94. Código: (GER.6)                                                      | Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es demostrado a través de:<br><b>Criterios:</b><br>1. Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades.<br>2. Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación.<br>3. Apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.<br>4. Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento.<br>5. Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización.                                                                                                                                                                                | 1. La institución cuenta con plan anual de capacitaciones las cuales se evalúan lo que permite mejorar el entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación.<br>2. La entidad cuenta con la política de seguridad del paciente, humanización y gestión del riesgo, así mismo se realizan rondas de seguridad en la verificación de aplicación de los diferentes protocolos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1. Debilidades en la identificación y remoción de barreras para el mejoramiento                                                                 | 2            | 2        | 2                 | 2                            | 2                                           | 2           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,6   |                            |
| Estándar 95. Código: (GER.7)                                                      | La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos.<br><b>Criterios:</b><br>1. Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.<br>2. Proveen orientación para el proceso de atención del cliente.<br>3. Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia.<br>4. Cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1. La organización cuenta con un plan de gestión donde se establecen metas e indicadores normativos y que son evaluados de manera anual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1. Debilidades en el seguimiento en la parte financiera de los planes operativos anuales                                                        | 2            | 2        | 2                 | 2                            | 2                                           | 2           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,6   |                            |
| Estándar 96. Código: (GER.8)                                                      | La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos. La gerencia deberá garantizar el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos centrados en el paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1. La organización ha adelantado un proceso orientado a levantar, documentar implementar y estandarizar procesos dirigidos al cumplimiento de las políticas y objetivos organizacionales. Que cuentan con indicadores que permiten su medición y determinación del avance hacia el cumplimiento de los objetivos, con el levantamiento, implementación y estandarización; la alta gerencia ha garantizado el acompañamiento permanente mediante procesos de capacitación y seguimiento al personal de la institución.                                                                                                                                                                                                                 | 1. Debilidades en las evaluaciones periódicas para detectar las falencias que impiden el logro de los objetivos.                                | 2            | 2        | 2                 | 2                            | 2                                           | 2           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,6   |                            |
| Estándar 97. Código: (GER.9)                                                      | La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia.<br>Algunos de los derechos de los clientes internos y del paciente y su familia incluyen:<br>a. Dignidad personal.<br>b. Privacidad.<br>c. Seguridad.<br>d. Respeto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1. La entidad presenta el Código de Integridad: que incluye el Código de conducta y Buen Gobierno.<br>2. Se tienen adoptados los deberes y derechos de los clientes internos y externos los cuales se difunden permanentemente.<br>3. Se cumplen con las condiciones de la política de Humanización, dirigidas hacia la dignidad, seguridad, respeto y comunicación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1. Debilidades en el conocimiento del código de conducta y buen gobierno                                                                        | 2            | 2        | 2                 | 2                            | 2                                           | 2           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,6   |                            |

[illegible]

[illegible]



|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| Estándar 110. Código: (TH7)  | <p>4. Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos.</p> <p>5. Modelo de atención.</p> <p>6. Portafolio de servicios.</p> <p>7. Estructura organizacional.</p> <p>8. Expectativas del desempeño.</p> <p>9. Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones.</p> <p>10. Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.</p> <p>11. Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio.</p> <p>12. Requisitos para las actividades de docencia e investigación, si aplica.</p> <p>13. Conceptos y herramientas de calidad y mejoramiento de procesos.</p> <p>14. Comisiones clínicas.</p> <p>15. La educación continuada refuerza los conceptos, los procedimientos y las políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia.</p> <p>16. El programa de capacitación cuenta con recursos, se cumple, evalúa y ajusta periódicamente.</p> <p>17. Las instituciones educativas con las cuales hay convenios docencia-servicio se articulan con el plan de capacitación.</p> <p>18. El programa incluye un sistema de evaluación que permita evidenciar la comprensión de sus contenidos y resultados. Si se cuenta con servicios contratados con terceros, la empresa contratada debe garantizar que el personal que allí labora esté capacitada en los temas que la organización considere pertinentes. Estos temas deberán estar alineados con el plan de capacitación institucional y las necesidades del modelo de servicio.</p> | <p>1. Se cuenta con un Plan Institucional de Capacitación anual, que contempla las necesidades identificadas en la organización.</p> <p>2. Se cuenta con un SG-SST.</p> <p>3. CEHANI ESE tiene implementado procesos enfocados a la Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.</p> <p>4. Se realiza entrenamientos en los diferentes procesos que son requeridos.</p> | La Organización no cumple al 100% de asistencia del personal a las capacitaciones y entrenamientos realizados. | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1,4 |
| Estándar 111. Código: (TH8)  | <p>La organización garantiza la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores, si aplica, y de terceros subcontratados, si aplica.</p> <p><b>Criterios:</b></p> <p>1. La competencia es evaluada desde el proceso de selección.</p> <p>2. El desempeño es evaluado y documentado durante el periodo de prueba, cuando aplique.</p> <p>3. El mejoramiento de la competencia y el desempeño es revisado y documentado periódicamente, de acuerdo con los requerimientos legales y de la organización.</p> <p>4. En el caso de personal en prácticas formativas, docentes e investigadores se evaluará el cumplimiento de las políticas organizacionales.</p> <p>5. Se provee retroalimentación a los evaluados.</p> <p>6. El sistema de evaluación es dado a conocer a cada una de las personas desde el momento de ingreso a la organización.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | La Organización realiza la Evaluación de Desempeño Laboral a los funcionarios de Carrera Administrativa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1,7 |
| Estándar 112. Código: (TH9)  | <p>La organización cuenta con estrategias que garanticen el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los</p> <p><b>Criterios:</b></p> <p>El entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios tales como:</p> <p>1. Cumplimiento de las responsabilidades a su cargo.</p> <p>2. Pasos o fases del proceso de atención.</p> <p>3. Seguridad del paciente.</p> <p>4. Humanización del servicio.</p> <p>5. Habilidades comunicativas.</p> <p>6. Enfoque de riesgo.</p> <p>7. Gestión de tecnologías.</p> <p>8. Protocolos y guías de atención.</p> <p>9. Investigación científica.</p> <p>10. Entrenamiento de estudiantes, si aplica.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | La Organización cuenta con Reporte Anual frente al cumplimiento de la responsabilidad de los Colaboradores                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1,6 |
| Estándar 113. Código: (TH10) | <p>La organización promueve, desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva (oportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien la recibe) entre las unidades funcionales, entre sedes (si aplica) y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los niveles. Los mecanismos son incorporados en la política de talento humano.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>1. Existen mecanismos de comunicación externa efectivos.</p> <p>2. Se informa acerca del portafolio de servicios de manera permanente a través de redes sociales y página web.</p> <p>3. Se cuenta con un plan de comunicaciones</p>                                                                                                                                                                         |                                                                                                                | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,3 |
| Estándar 114. Código: (TH11) | <p>En la gestión del talento humano se analiza, promueve y gerencia la transformación cultural institucional.</p> <p><b>Criterios:</b></p> <p>1. Se realiza evaluación de la cultura organizacional.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | La organización no cuenta con un proceso documentado para la evaluación de la cultura Institucional                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1,7 |

[illegible]

[illegible]

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| <p>Estándar 124.<br/>Código: (GAF4)</p> | <p>6. El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente.</p> <p>7. Información y educación a los usuarios y sus familiares sobre el manejo seguro de desechos, según aplique.</p> <p>8. La organización debe garantizar que existen procesos para la adecuada disposición de desechos una vez estos abandonan las instalaciones físicas de la misma. Ello incluye la garantía de que estos no suponen un riesgo para ninguna comunidad fuera de la organización. Esta garantía debe ser explícita, aun cuando se tenga contratada una empresa delegada encargada de la disposición de los desechos.</p> <p>9. La organización garantiza la capacitación, el entrenamiento, la evaluación de conocimiento y el seguimiento a la disposición y segregación de los residuos a todo el personal de la institución.</p> <p>10. Monitorización periódica y sistemática de riesgos y de adherencia en el manejo seguro de desechos e implementación de mejoras.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>1. CEHANI E.S.E, tiene documentado, actualizado y aprobado el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios PGRHS</p> <p>2. Se hace seguimiento al proceso de segregación en la fuente, mediante la aplicación de listas de chequeo.</p>                                                                                                                                              | <p>1. Fortalecer la gestión de información y comunicación y educación a usuarios y sus familias sobre el manejo seguro de desecho.</p> | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1,7 |
| <p>Estándar 125.<br/>Código: (GAF5)</p> | <p>La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo</p> <p><b>Criterios:</b></p> <p>1. Desarrollo y revisión permanente del plan organizacional para preparación en casos de emergencias y desastres.</p> <p>2. El plan contempla todas las unidades funcionales y se articula con todas las sedes de la organización, si aplica.</p> <p>3. Se realizan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres, a partir de los cuales se implementan acciones de mejora y se asegura que las recomendaciones se implementan.</p> <p>4. La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla los recursos y las actividades para la respuesta oportuna.</p> <p>5. La existencia de planes de contingencia en caso de fallo de los sistemas de comunicación.</p> <p>6. Se recolecta y difunde la información necesaria para la ejecución del plan.</p> <p>7. Relaciones con las agencias de emergencias y desastres.</p> <p>8. La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres.</p> <p>9. Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye:</p> <p>a. Disposición de áreas para la recepción de los afectados.</p> <p>b. Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso.</p> <p>c. Aplicación de un sistema de triage.</p> <p>d. Señalización del área acomodada para atender al grupo de usuarios.</p> <p>e. Activación de protocolos de salida de los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos ingresos.</p> <p>f. Un sistema de comunicación formal entre la organización que atiende la emergencia, los pacientes y sus familias.</p> <p>g. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.</p> <p>h. El proceso está acorde con los códigos aprobados.</p> <p>i. Educación a los empleados de la organización sobre planes en casos de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación.</p> <p>j. Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los colaboradores y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos.</p> <p>k. Evacuación de los usuarios en riesgo.</p> <p>l. Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores.</p> <p>m. Sistemas de evacuación.</p> <p>n. Señalización de sistemas de evacuación.</p> <p>o. Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios.</p> <p>p. La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de incendio.</p> <p>q. Un sistema de evaluación de simulacros y la definición de acciones frente a las desviaciones encontradas.</p> | <p>1. CEHANI E.S.E, cuenta con el plan de emergencias aprobado y revisado por el INDS. Se tienen registros de la información brindada a los usuarios con respecto a evacuación en casos que se requiera.</p> <p>2. Se cuenta con planes de contingencias, acordes a las necesidades de la ESE CEHANI y las coyunturas, epidemiológicas, sociales y políticas existentes en el territorio.</p> | <p>1. Se cuenta con un plan de Emergencias Hospitalaria el cual no presenta actualización del ambiente físico construcción nueva</p>   | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,4 |



[illegible]



[illegible]

[illegible]

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| Estándar 144. Código: (GI3) | <p>1. La organización garantiza el diseño y el seguimiento de protocolos por cumplir, en caso de variaciones observadas.</p> <p>2. La organización tiene prevista la existencia de grupos o mecanismos interdisciplinarios para evaluar variaciones no esperadas.</p> <p>3. Realiza seguimiento a las decisiones adoptadas frente a una brecha en la información.</p> <p>4. Se hace énfasis en las decisiones para el mejoramiento continuo.</p> <p>5. Las acciones se comunican a los colaboradores de los procesos relacionados para que se hagan parte del mejoramiento.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | *Existe el procedimiento de mejoramiento continuo                                                                                                                      | Desconocimiento de la herramienta estadística para la implementación y ejecución que permita evaluar las variaciones en la información                                           | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,5 |
| Estándar 145. Código: (GI4) | <p>La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tendrá en cuenta:</p> <p>Criterios:</p> <p>1. Los costos asociados.</p> <p>2. El entrenamiento al personal.</p> <p>3. Los aspectos éticos.</p> <p>4. La relación existente entre tecnología y personal (número de equipos, cobertura, etc.).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | La Institución cuenta con documentación que se encuentra enmarcada en El procedimiento de Administración de sistemas de información y el Procedimiento de comunicación | <p>* Debilidad en la difusión al cliente interno referente a las tecnologías de la información y comunicación</p> <p>* Debilidades en la adopción y actualización de las TIC</p> | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,5 |
| Estándar 146. Código: (GI5) | <p>Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.</p> <p>Criterios:</p> <p>1. La seguridad y la confidencialidad.</p> <p>2. Acceso no autorizado.</p> <p>3. Pérdida de información.</p> <p>4. Manipulación.</p> <p>5. Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos a los legalmente contemplados por la organización.</p> <p>6. Deterioro, de todo tipo, de los archivos.</p> <p>7. Los registros médicos no pueden dejarse o archivarse en sitios físicos donde no esté restringido el acceso a visitantes o personal no autorizado.</p> <p>8. Existe un procedimiento para la asignación de claves de acceso.</p> <p>9. Existencia de backups y copias redundantes de información.</p> <p>10. Control documental y de registros.</p> <p>11. Indicadores de seguridad de la información.</p> | * Existe una política de seguridad de la información, plan de seguridad y privacidad de la información, y protocolos de información                                    | * Debilidad en la estructura documentada en referencia al manejo, seguridad y confidencialidad de la información.                                                                | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,5 |
| Estándar 147. Código: (GI6) | <p>Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información. La transmisión garantiza:</p> <p>Criterios:</p> <p>1. Oportunidad.</p> <p>2. Facilidad de acceso.</p> <p>3. Confiabilidad y validez de la información.</p> <p>4. Seguridad.</p> <p>5. Veracidad.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | *Se cuenta con procesos y procedimientos documentados y establecidos en la institución.                                                                                | * Debilidad en la aplicabilidad del sistema de información, que se oriente en garantizar oportunidad, veracidad, seguridad y confiabilidad.                                      | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,5 |
| Estándar 148. Código: (GI7) | <p>Existen procesos para la gestión y minería de los datos, que permitan obtener la información en forma oportuna, veraz, clara y conciliada. Esto incluye:</p> <p>Criterios:</p> <p>1. La transmisión del dato.</p> <p>2. La definición de responsables de cada paso en la gestión del dato.</p> <p>3. Los permisos asignados a cada responsable.</p> <p>4. La validación y la conciliación entre los datos recolectados y gestionados en forma física y/o electrónica.</p> <p>5. La generación de información útil en los niveles operativos.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | *Se cuenta con procesos y procedimientos en todas las áreas                                                                                                            | *No se realiza evaluación de la calidad en la gestión y minería de los datos                                                                                                     | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,5 |

[illegible]

[illegible]

|  <div>CEHANI<br/>CENTRO DE ESTUDIOS HUMANOS<br/>INSTITUCION</div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PROCESO SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |              |           |                     |                              |                                                |              |              |                       |           |             |       | Código: MA-SIG-008                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------|-----------|---------------------|------------------------------|------------------------------------------------|--------------|--------------|-----------------------|-----------|-------------|-------|------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | AUTOEVALUACION ESTÁNDARES DE ACREDITACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          |              |           |                     |                              |                                                |              |              |                       |           |             |       | Fecha de aplicación: 22 de Abril de 2022 |  |
|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          |              |           |                     |                              |                                                |              |              |                       |           |             |       | Versión: 0                               |  |
| ESTÁNDAR<br>CÓDIGO                                                                                                                                 | ESTÁNDAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ASPECTOS CUALITATIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                          | CALIFICACIÓN |           |                     |                              |                                                |              |              |                       |           |             | TOTAL |                                          |  |
|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          | ENFOQUE      |           | IMPLEMENTACIÓN      |                              | RESULTADOS                                     |              |              |                       |           |             |       |                                          |  |
|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | FORTALEZAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | OPORTUNIDADES DE MEJORA<br>(DEBILIDADES) | Sistemático  | Proactivo | Evaluado y mejorado | Despliegue en la Institución | Apropiación por el Cliente Interno y/o Externo | Perfistencia | Consistencia | Alinea de la medición | Tendencia | Comparación |       |                                          |  |
| GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          |              |           |                     |                              |                                                |              |              |                       |           |             |       |                                          |  |
| Estándar 156. Código: (MCC1)                                                                                                                       | Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual:<br><b>Criterios:</b><br>1. Tiene un enfoque sistémico.<br>2. Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional.<br>3. Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación.<br>4. Incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoría y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes.<br>5. Articula las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes.<br>6. Acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el sistema único de acreditación.<br>7. Incluye los resultados de los procesos de referenciación internos y externos.<br>8. Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la relación con terceros subcontratados.<br>9. Incluye la asignación de los recursos humanos, los equipos de autoevaluación, los equipos de mejoramiento, los recursos físicos y financieros y los elementos necesarios para su implementación.<br>10. Cuenta con responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora.<br>11. Debe hacer explícito el impacto de las acciones de mejora sobre el usuario y su familia.<br>12. Define los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento.<br>13. Determina los indicadores organizacionales que van a ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora en los procesos organizacionales, considerando aspectos como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad, entre otros. | Se tiene documentado el proceso de mejora continua donde se incluye acciones correctivas y acciones de mejoramiento producto de las diferentes fuentes de los hallazgos por las diferentes auditorías internas y externas<br><br>Incumplimiento en la elaboración y ejecución de los planes de mejoramiento<br><br>Se identifican hallazgos de los diferentes sistemas de gestión | 2                                        | 2            | 2         | 2                   | 2                            | 1                                              | 1            | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,50  |                                          |  |
| Estándar 157. Código: (MCC2)                                                                                                                       | La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación, las cuales:<br><b>Criterios:</b><br>1. Son priorizadas empleando una metodología estandarizada que considere, por lo menos, las de mayor impacto en cuanto a enfoque al usuario y orientación al riesgo.<br>2. Cuentan con el soporte, los recursos y los elementos necesarios para su implementación.<br>3. Se operativizan en acciones de mejora, las cuales se realizan completas y en el tiempo asignado en un cronograma de trabajo.<br>4. Identifican las potenciales barreras para implementar las acciones de mejora, con el fin de tomar los correctivos necesarios.<br>5. Son llevadas a cabo por colaboradores y/o equipos de mejoramiento con las competencias necesarias para su desarrollo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se cuenta con un procedimiento de mejoramiento continuo para el reporte, implementación y seguimiento a las acciones de mejoramiento<br><br>Incumplimiento en la elaboración y ejecución de los planes de mejoramiento<br><br>Se implementan oportunidades de mejora en todo el ciclo de vida de los procesos                                                                     | 2                                        | 2            | 2         | 2                   | 2                            | 1                                              | 1            | 1            | 1                     | 1         | 1,50        |       |                                          |  |
| Estándar 158. Código: (MCC3)                                                                                                                       | Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.<br><b>Criterios:</b><br>1. Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo.<br>2. Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas.<br>3. Realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento.<br>4. Hace seguimiento periódico a la implementación de las oportunidades de mejora, incluyendo las relacionadas con terceros.<br>5. Retroalimenta a la organización, a los involucrados en los procesos de mejora y a los órganos de dirección para el análisis y la toma de decisiones.<br>6. Genera resultados que son insumo para el ajuste del proceso organizacional de mejoramiento continuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se cuenta con un procedimiento de mejoramiento continuo para el reporte, implementación y seguimiento a las acciones de mejoramiento.<br><br>La oficina asesora de planeación y calidad conjuntamente con la oficina asesora de control interno realizan monitorización.<br><br>No se realiza el monitoreo permanente a la calidad y el mejoramiento continuo                     | 2                                        | 2            | 2         | 2                   | 2                            | 1                                              | 1            | 1            | 1                     | 1         | 1,50        |       |                                          |  |
| Estándar 159. Código: (MCC4)                                                                                                                       | Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran:<br><b>Criterios:</b><br>1. Comunicación al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, según aplique.<br>2. Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los resultados como tal.<br>3. Los canales apropiados para la divulgación, socialización e internalización de los resultados a través de la gestión del conocimiento.<br>4. Estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos o externos, los resultados del mejoramiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se cuenta con un procedimiento de mejoramiento continuo para el reporte, implementación y seguimiento a las acciones de mejoramiento<br><br>Fortalecer el procedimiento de mejoramiento continuo de la entidad teniendo en cuenta el enfoque de acreditación                                                                                                                      | 2                                        | 2            | 2         | 2                   | 2                            | 1                                              | 1            | 1            | 1                     | 1         | 1,5         |       |                                          |  |
| Estándar 160. Código: (MCC5)                                                                                                                       | Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se cuenta con un procedimiento de mejoramiento continuo para el reporte, implementación y seguimiento a las acciones de mejoramiento<br><br>No se documenta el aprendizaje organizacional en cuanto a los resultados del mejoramiento de la calidad                                                                                                                               | 2                                        | 2            | 2         | 2                   | 2                            | 1                                              | 1            | 1            | 1                     | 1         | 1,5         |       |                                          |  |
| PROMEDIO                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          |              |           |                     |                              |                                                |              |              |                       |           |             |       | 1,50                                     |  |



|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

# SOORTE INDICADOR AUTOEVALUACION 2024

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PROCESO SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                              |                                                |             |              |                       |           |             | Código: MA-SIG-008                       |       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|------------------------------------------------|-------------|--------------|-----------------------|-----------|-------------|------------------------------------------|-------|-----|
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | AUTOEVALUACION ESTÁNDARES DE ACREDITACION                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                              |                                                |             |              |                       |           |             | Fecha de aplicación: 22 de Abril de 2022 |       |     |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                              |                                                |             |              |                       |           |             | Versión: 0                               |       |     |
| ESTANDAR CODIGO                                                                   | ESTANDAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ASPECTOS CUALITATIVOS                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CALIFICACIÓN         |                              |                                                |             |              |                       |           |             |                                          |       |     |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ENFOQUE              |                              | IMPLEMENTACIÓN                                 |             | RESULTADOS   |                       |           |             |                                          | TOTAL |     |
| FORTALEZAS                                                                        | OPORTUNIDADES DE MEJORA (DEBILIDADES)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Sistémico                                                                                                                                                                                                                                                    | Proactivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Evaluable y Mejorado | Despliegue en la Institución | Apropiación por el Cliente Interno y/o Externo | Pertinencia | Consistencia | Avance de la medición | Tendencia | Comparación |                                          |       |     |
| GRUPO DE ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                              |                                                |             |              |                       |           |             |                                          |       |     |
| DERECHOS DE LOS PACIENTES                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                              |                                                |             |              |                       |           |             |                                          |       |     |
| Estándar 1. Código: (AsDP1)                                                       | <p>La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p> <p><b>Criterios:</b></p> <p>1. Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p> <p>2. La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo</p> <p>3. La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el</p> <p>4. El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados.</p> <p>5. La participación de los usuarios en investigaciones debe contar con su aceptación escrita y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha solicitud.</p> <p>6. Toda investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta.</p> <p>*La negativa por parte del usuario no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.</p> <p>7. La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.</p> | <p>Divulgación de derechos y deberes a través de actividades lúdico educativas a usuarios</p>                                                                                                                                                                | <p>Falta de compromiso por parte de los trabajadores en revisar la información enviada desde el proceso ATU en relación a la divulgación de deberes y derechos</p>                                                                                                                                                                                 | 2                    | 2                            | 2                                              | 2           | 2            | 1                     | 1         | 1           | 1                                        | 1     | 1,4 |
| Estándar 2. Código: (AsDP2).                                                      | <p>La institución que realiza proyectos de investigación con sus usuarios garantiza:</p> <p><b>Criterios:</b></p> <p>1. El respeto al derecho del usuario de participar o rehusarse a hacerlo.</p> <p>2. La información relacionada con el proyecto, su objetivo, beneficios y riesgos.</p> <p>3. Un comité que analice y avale los proyectos de investigación en los que participa la institución.</p> <p>4. El análisis de los eventos adversos derivados de los estudios de investigación.</p> <p>5. Las competencias técnicas del personal que hace parte del equipo de investigación.</p> <p>6. Los principios éticos y parámetros internacionales y nacionales para la participación de usuarios o personal en investigaciones clínicas.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NA                                                                                                                                                                                                                                                           | NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NA                   | NA                           | NA                                             | NA          | NA           | NA                    | NA        | NA          | NA                                       | NA    | 0   |
| Estándar 3. Código: (AsDP3)                                                       | <p>La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.</p> <p><b>Criterios:</b></p> <p>1. El código de ética contempla el respeto por los derechos y los deberes de los usuarios.</p> <p>2. El código de buen gobierno incluye mecanismos para presentar posibles conflictos de intereses.</p> <p>3. Los comités de ética evalúan situaciones especiales de la atención ética de los pacientes (trasplantes, muerte cerebral, estado terminal, entre otros).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>1. La entidad tiene documentado el código de conducta y buen gobierno donde establece el respeto de los derechos y deberes y los mecanismos para presentar posibles conflictos de intereses.</p>                                                          | <p>1. Desconocimiento del código de integridad</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2                    | 2                            | 2                                              | 2           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1                                        | 1     | 1,4 |
| Estándar 4. Código: (AsDP4)                                                       | <p>La organización asegura que para todos los usuarios que atiende, independientemente de la modalidad de venta o contratación de los servicios, se cumplen de igual manera los estándares de acreditación que aplican a los servicios prestados.</p> <p><b>Criterios:</b></p> <p>1. Si la organización presta servicios mediante la venta de servicios parciales como hotelería, salas de cirugía u otros, cuenta con mecanismos para asegurar que la atención extra institucional ambulatoria o intrahospitalaria prestada por terceros se presta cumpliendo con los estándares de acreditación en relación con el servicio o servicios prestados.</p> <p>2. Si la organización tiene responsabilidades en la atención de grupos poblacionales o contrata servicios con terceros, cuenta con mecanismos para asegurar que el ciclo de atención del usuario del cual es responsable se realiza cumpliendo con los estándares de acreditación.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>1. Los servicios habilitados por CEHANI cumplen con los estándares de acreditación. Ofertados en las mismas condiciones para todos los afiliados independientemente de la modalidad de contratación. Asignación de citas por solicitud de IPS, EPS, y</p> | <p>1. Falta de mecanismos para asegurar que el ciclo de atención del usuario del cual es responsable se realiza cumpliendo con los estándares de acreditación.</p>                                                                                                                                                                                 | 3                    | 3                            | 1                                              | 2           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1                                        | 1     | 1,5 |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                              |                                                |             |              |                       |           |             |                                          |       |     |
| Estándar 5. Código: (AsSP1)                                                       | <p>La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y</p> <p><b>Criterios:</b></p> <p>1. Una estructura funcional para la seguridad del paciente.</p> <p>2. La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, la identificación de riesgos asistenciales y la definición de</p> <p>3. Monitorización de eventos adversos.</p> <p>4. Evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>Seguimiento continuo a</p> <p>Incluido en los contratos. Cuenta plan de inducción y reinducción</p> <p>Se realiza un bajo reporte</p> <p>se reúne el comité de seguridad el paciente</p> <p>Se realizan planes de mejora</p>                              | <p>Falta de estrategias de información sobre</p> <p>NO SE DESARROLLA EL PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN. NO HAY COMPROMISOS CON LAVADO DE MANOS Y USO DE TAPABOCAS. fatal de cultura de reporte de todos los eventos e incidentes</p> <p>incumplimiento de planes de mejora</p> <p>Los planes de mejora no son efectivos, por la contratación.</p> | 3                    | 3                            | 3                                              | 3           | 2            | 1                     | 1         | 1           | 1                                        | 1     | 1,9 |

[illegible]



|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
|                              | 5. Evaluaciones periódicas del cumplimiento de los protocolos de higiene de manos, mediante observación directa.<br>6. Información de los resultados alcanzados en la evaluación del cumplimiento del protocolo a todo el personal implicado.<br>7. Utilización de los resultados para implementar mejoras en el proceso, cuando sea necesario.<br>8. Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones.<br>9. El personal de la organización recibe inducción, reinducción, y entrenamiento en la prevención y control de infecciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| ACCESO                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| Estándar 9. Código: (AsAC1)  | La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.<br><b>Criterios:</b><br><br>1. Desde el acceso, se definen mecanismos de identificación redundante.<br><br>2. Desde el acceso, se hace identificación de riesgos de la atención de acuerdo con el tipo de usuario.<br><br>3. Se hace un análisis de barreras de acceso a la organización (autorizaciones, administrativas, geográficas, entre otras) y también dentro de la organización hacia los diferentes servicios.<br><br>4. Se hacen mediciones de demanda insatisfecha y se toman acciones que demuestran su reducción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1. Se cuenta con el procedimiento de asignación de citas<br><br>2. Se tiene documentado la matriz de riesgos y oportunidades                                                                                                                                                                                                   | 1. No se realiza análisis de barreras de acceso a la organización y también dentro de la organización hacia los diferentes servicios.<br><br>2. No se hacen mediciones de demanda insatisfecha y no se toman acciones que demuestran su reducción                                                                  | 3  | 3  | 3  | 2  | 2  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1,8 |
| Estándar 10. Código: (AsAC2) | En caso de organizaciones integradas en red, se identifica un rango de proveedores o puntos de atención en salud y de rutas de acceso. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | 0   |
| Estándar 11. Código: (AsAC3) | Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1. Se tiene documentado los procesos asistenciales y administrativos para la atención                                                                                                                                                                                                                                          | FALLAS EN LA EJECUCION D EINDUCCION y reinducción                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3  | 3  | 1  | 2  | 2  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1,6 |
| Estándar 12. Código: (AsAC4) | Cuando un usuario solicita citas, la organización garantiza el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por la institución prestadora. Cuenta con un sistema que permite verificar la disponibilidad de dicho profesional y la oportunidad de su atención.<br><b>Criterios:</b><br>1. Con su estructura, se encuentra al alcance de todos los usuarios los profesionales disponibles, distribuidos en las unidades de atención.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1. Se tiene documentado los derechos y deberes de los usuarios<br>2. Se cuenta con el procedimiento de                                                                                                                                                                                                                         | 1. Falta de disponibilidad de profesionales en ciertas especialidades.<br>2. No se realiza la evaluación periódica de la programación de la atención.                                                                                                                                                              | 3  | 3  | 1  | 2  | 2  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1,6 |
| Estándar 13. Código: (AsAC5) | La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y, para respetar el tiempo de los usuarios, realiza la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; esto lo hace teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención; esta programación se evalúa periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1. Se cuenta con un sistema de información donde se planifican las agendas por profesionales<br>Programación de agendas mensuales.<br>2. Se tiene                                                                                                                                                                              | No se respeta la hora de la asignación                                                                                                                                                                                                                                                                             | 3  | 2  | 1  | 3  | 3  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1,7 |
| Estándar 14. Código: (AsAC6) | La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los cuenta y se encuentra dentro de o supera los umbrales definidos en el sistema de información para la calidad.<br><b>Criterios:</b><br>1. En caso de no atención a los usuarios, por cualquier motivo, la organización cuenta con un sistema de investigación, análisis e información sobre las causas de desatención.<br>2. La organización tiene definidos los siguientes indicadores y estándares para el acceso:<br>a. Oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta.<br>b. Tiempos de espera en los diferentes momentos del acceso a los servicios administrativos y asistenciales, incluida la toma de muestras de laboratorio y la realización de exámenes de apoyo (laboratorio e imagenología).<br>c. Tiempos para la realización de interconsultas.<br>d. Listas de espera para las patologías que lo ameritan.<br>e. Demanda insatisfecha.<br>3. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas | se realiza la medición que aplica para la entidad, y se encuentra dentro del estándar de evaluación (pediatría).<br>Se cuenta con listas de espera y demanda insatisfecha                                                                                                                                                      | 1. La entidad no cuenta con un sistema de investigación, análisis e información sobre las causas de desatención.<br>2. No se cuenta con indicador de oportunidad tiempos de espera en los diferentes momentos del acceso de servicios administrativos y asistenciales, tiempo para la realización de interconsulta | 3  | 3  | 1  | 2  | 2  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1,6 |
| Estándar 15. Código: (AsAC7) | La organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información debe ser explícita en relación con la forma para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1. Se tiene portafolio de servicios publicado por diferentes medios de comunicación<br>2. Personal idóneo para la prestación del servicio<br>3. Cuando no se tiene contratado el servicio se explica el procedimiento al usuario para autorización por su EAPB y de ser necesario se genera cotización del servicio a prestar. | 1. Desconocimiento de algunos colaboradores de los servicios que presta CEHANI.<br>2. Desarticulación entre procesos sobre la información que se brinda al usuario                                                                                                                                                 | 3  | 3  | 1  | 2  | 2  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1,6 |



[illegible]

[illegible]





[illegible]







## EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN

[illegible]





[illegible]

[illegible]

|  | PROCESO SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                        |              |           |                         |                                 |                                                         |             |              |                          |           |             | Código: MA-SIG-008                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------|-------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------|--------------|--------------------------|-----------|-------------|---------------------------------------------|
|                                                                                   | AUTOEVALUACION ESTÁNDARES DE ACREDITACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                        |              |           |                         |                                 |                                                         |             |              |                          |           |             | Fecha de aplicación:<br>22 de Abril de 2022 |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                        |              |           |                         |                                 |                                                         |             |              |                          |           |             | Versión: 0                                  |
| ESTANDAR<br>CODIGO                                                                | ESTANDAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ASPECTOS CUALITATIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                        | CALIFICACIÓN |           |                         |                                 |                                                         |             |              |                          |           |             | TOTAL                                       |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                        | ENFOQUE      |           | IMPLEMENTACIÓN          |                                 | RESULTADOS                                              |             |              |                          |           |             |                                             |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | FORTALEZAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | OPORTUNIDADES DE MEJORA<br>(DEBILIDADES)                                                                                                                                                                               | Sistémico    | Proactivo | Evaluable y<br>Mejorado | Despliegue en<br>la Institución | Apropiación<br>por el Cliente<br>Interno y/o<br>Externo | Pertinencia | Consistencia | Avance de la<br>medición | Tendencia | Comparación |                                             |
| GRUPO DE ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                        |              |           |                         |                                 |                                                         |             |              |                          |           |             |                                             |
| Estándar 76.<br>Código: (DIR1)                                                    | Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, el cual debe incluir entre otros los siguientes criterios:<br><br><b>Criterios:</b><br><br>1. La junta directiva, el equipo directivo y las personas claves de la organización participan en la definición, la revisión y la actualización del direccionamiento estratégico.<br><br>2. Aspectos éticos y normativos.<br>3. Los cambios del entorno.<br>4. La seguridad del paciente y los colaboradores.<br>5. El enfoque y la gestión de riesgo.<br>6. La humanización durante la atención del usuario y su familia.<br>7. La planeación, el desarrollo y la gestión de la tecnología en salud.<br><br>8. Análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios.<br>9. La sinergia y la coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios.<br>10. Responsabilidad social con el usuario, los colaboradores, la comunidad y el medio ambiente.<br>11. La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve.<br>12. La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios.<br>13. La voz del cliente interno y su responsabilidad frente a sus colaboradores.<br>14. Las necesidades del usuario y su familia.<br><br>15. La organización identifica e interactúa con las principales organizaciones dentro y fuera del sector para la cooperación en el desarrollo de un medio ambiente saludable<br>16. Ejercicios sistemáticos de referenciación comparativa y competitiva que fortalezcan el mejoramiento. | 1. Se tiene aprobado el Plan de Gestión de Desarrollo Institucional y Plan de gestión 2024-2028<br><br>2. Se tiene matriz contexto estratégico y de partes interesadas<br><br>3. Se tiene la guía para la gestión de riesgos y oportunidades<br><br>4. Se tiene documentado el procedimiento de contratación donde se incluye el comité de contratación y el procedimiento de gestión de la tecnología<br><br>5. Se cuenta con la contratación de un profesional para la atención de equipos biomédicos<br><br>6. Se tiene documentado y se ejecuta actividades del programa de responsabilidad social empresarial.<br><br>7. Se tiene identificado las necesidades y expectativas de las partes interesadas.<br><br>8. Los colaboradores de CEHANI tienen en cuenta la normatividad vigente para la prestación de los servicios. | 1. Debilidades en los ejercicios de referenciación comparativa con otras IPS acreditadas                                                                                                                               | 2            | 2         | 2                       | 2                               | 2                                                       | 1           | 1            | 1                        | 1         | 1           | 1,3                                         |
| Estándar 77.<br>Código: (DIR 2)                                                   | La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.<br><br><b>Criterios:</b><br>1. Los objetivos contenidos en el plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados.<br>2. La organización garantiza la formulación participativa del plan estratégico, a partir del cual se formulan los planes operativos, en coherencia con el marco estratégico de la organización.<br>3. Los planes estratégicos y operativos son aprobados en la instancia que corresponda.<br>4. Se han asignado y aprobado recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación.<br>5. Existe un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico.<br>6. La junta directiva evalúa el cumplimiento del plan estratégico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1. Se tiene aprobado el Plan de Gestión por parte de junta directiva.<br>2. Se realiza seguimiento a la ejecución del POA<br>3. Se realiza la rendición de cuentas donde se informa los resultados del plan estratégico.<br>4. Se presenta informe de gestión a la Junta directiva para evaluar el cumplimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1. Aun no se tiene formulado el PDI vigencia 2024-2028<br>2. Falta de recursos para el cumplimiento del 100% del Plan de Desarrollo Institucional<br>3. Formulación y aprobación del programa de saneamiento ambiental | 2            | 2         | 2                       | 2                               | 2                                                       | 1           | 1            | 1                        | 1         | 1           | 1,5                                         |
| Estándar 78.<br>Código: (DIR3)                                                    | La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas.<br><br><b>Criterio:</b><br>1. Se evalúan las desviaciones encontradas y se implementan las acciones de mejora.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1. Se da a conocer lo establecido en el plan de gestión 2024-2028                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1. Aun no se realiza el despliegue y comprensión del PDI 2024-2028 a las partes interesadas por cuanto se encuentra en proceso de formulación.                                                                         | 2            | 2         | 2                       | 2                               | 1                                                       | 1           | 1            | 1                        | 1         | 1           | 1,4                                         |

[illegible]

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                              |     |   |   |   |   |   |   |   |   |     |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| Estándar 84.<br>Código: (DIR9)    | 1. Desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.<br>2. Inducción y reinducción.<br>3. Evaluación de la aplicación del direccionamiento estratégico en el desempeño del colaborador.<br>4. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | entrenamiento para promover las competencias del personal.<br><br>2. Se cuenta con una herramienta para la identificación de riesgos.<br><br>3. Existe una herramienta diseñada e | 2                                                                                                                                                                            | 2   | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,5 |
| Estándar 85.<br>Código: (DIR10)   | Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva.<br>Criterios:<br>1. Todos los integrantes de la junta directiva reciben a su ingreso orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así como sobre cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo.<br><br>2. La educación continuada debe estar en el contexto de la filosofía, las políticas y los procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias.<br>3. Está definido cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta.<br>4. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1. Se tiene documentado los estatutos para las actuaciones de junta directiva.<br><br>2. Se da a conocer a la junta directiva el quehacer institucional                           | 1. No existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva.                                                                             | 2   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,1 |
| Estándar 86.<br>Código: (DIR11)   | En las instituciones con sedes integradas en red, existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Lo anterior no es óbice para que cada uno de los prestadores posea un plan estratégico de trabajo fundamentado en los objetivos y metas del direccionamiento estratégico de la red, mencionado anteriormente.<br><br>Criterios:<br>1. El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se generan la sinergia y la coordinación en torno al usuario entre las diferentes sedes. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia.<br>2. El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos.<br>3. El presente estándar no exime a cada uno de los diferentes prestadores que hacen parte de la red de cumplir con los demás estándares y secciones descritos en este manual.<br><br>4. La planeación y el gerenciamiento del estándar, si bien deben ser centralizados en cabeza de una red, no implica que las instituciones que la conforman no hagan parte de la planeación, la monitorización y la mejora de dichos procesos, de acuerdo con las directrices emanadas de la gerencia de la red.<br><br>5. El estándar debe ser cumplido sin importar si las instalaciones físicas de los diferentes prestadores son propiedad o no de la organización que gerencia la red | NA                                                                                                                                                                                | NA                                                                                                                                                                           |     |   |   |   |   |   |   |   |   |     |
| Estándar 87.<br>Código: (DIR12)   | Existe un proceso para establecer los parámetros de la relación docencia-servicio, alineados con el direccionamiento estratégico de la organización. Esto incluye:<br><br>Criterios:<br>1. Personal clínico-docente con formación en pedagogía.<br>2. Experiencia docente.<br>3. Políticas de formación y educación continuada.<br>4. Políticas de investigación.<br>5. Plan de desarrollo docente.<br>6. Definición clara de roles.<br>7. Asignación de responsabilidades.<br>8. Definición de recursos aportados por las partes. Evaluación de competencias.<br>9. Evaluación de la relación docencia-servicio por parte de la alta dirección.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Existe la resolución de constitución del comité docencia servicio                                                                                                                 | No existe un proceso para documentado donde se establezcan los parámetros de la relación docencia-servicio, alineados con el direccionamiento estratégico de la organización | N.A | N | N | N | N | N | N | N | N | 0   |
| Estándar 88.<br>Código: (DIRMCC1) | La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:<br>Criterios:<br>1. El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.<br>2. La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización.<br>3. La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.<br>4. El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Se tiene documentdo el procedimiento de mejora continua                                                                                                                           | 1. Fortalecer el seguimiento para verificar cumplimiento de los planes de mejoramiento en cuanto a las fechas establecida                                                    | 2   | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,5 |

[illegible]

|  | PROCESO SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                 |              |           |                     |                              |                                                |             |              |                       |           |             |     |       | Código: MA-SIG-008                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------|---------------------|------------------------------|------------------------------------------------|-------------|--------------|-----------------------|-----------|-------------|-----|-------|------------------------------------------|
|                                                                                   | AUTOEVALUACION ESTÁNDARES DE ACREDITACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                 |              |           |                     |                              |                                                |             |              |                       |           |             |     |       | Fecha de aplicación: 22 de Abril de 2022 |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                 |              |           |                     |                              |                                                |             |              |                       |           |             |     |       | Versión: 0                               |
| ESTANDAR CODIGO                                                                   | ESTANDAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ASPECTOS CUALITATIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                 | CALIFICACIÓN |           |                     |                              |                                                |             |              |                       |           |             |     | TOTAL |                                          |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                 | ENFOQUE      |           | IMPLEMENTACIÓN      |                              | RESULTADOS                                     |             |              |                       |           |             |     |       |                                          |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FORTALEZAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | OPORTUNIDADES DE MEJORA (DEBILIDADES)                                                                                                           | Existencia   | Proactiva | Evaluado y Mejorado | Desplegado en la Institución | Apropiación por el Cliente Interno y/o Externo | Pertinencia | Consistencia | Avance de la medición | Tendencia | Comparación |     |       |                                          |
| GRUPO DE ESTANDARES DE GERENCIA                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                 |              |           |                     |                              |                                                |             |              |                       |           |             |     |       |                                          |
| Estándar 89. Código: (GER.1)                                                      | Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos.<br><b>Criterios:</b><br>1. Una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores.<br>2. Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas.<br>3. La descripción del proceso de atención al cliente.                                                                                                                                                                                                                                              | 1. Se tiene identificado las necesidades y expectativas de los clientes y son evaluadas de manera anual de igual manera se tiene descrito la metodología para la identificación y actualización<br><br>2. Se cuenta con el procedimiento de PQRSF a las cuales de manera aleatoria se hace auditoria interna y externa<br><br>3. Se tiene descritos los lineamientos en cada proceso asistencial el proceso de atención del cliente                                                            | 1. No se brinda efectividad de las respuestas frente a los requerimientos del cliente. PQRS                                                     | 2            | 2         | 2                   | 2                            | 2                                              | 1           | 1            | 1                     | 2         | 1           | 1,6 |       |                                          |
| Estándar 90. Código: (GER. 2)                                                     | La alta dirección promueve, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el autocuidado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1. Se tiene documentado el programa de seguridad del paciente, procedimiento, guías y protocolos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1. No se realiza la evaluación                                                                                                                  | 2            | 2         | 2                   | 2                            | 2                                              | 1           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,5 |       |                                          |
| Estándar 91. Código: (GER. 3)                                                     | Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1. La entidad cuenta con la política de prestación de servicios orientada hacia la adopción de la política de atención integral en salud.<br><br>2. La entidad ha implementado la prestación de nuevos servicios de salud para suplir la necesidad de la población objeto como el servicio de vacunación.<br><br>3. Se cuenta con un portafolio de servicios claramente establecido.                                                                                                           | 1. Debilidades en el análisis sobre la suficiencia y cobertura de los servicios a ofertar, incluyendo valoraciones de capacidad instalada.      | 2            | 2         | 2                   | 2                            | 2                                              | 1           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,5 |       |                                          |
| Estándar 92. Código: (GER. 4)                                                     | La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual:<br><b>Criterios:</b><br>1. Responde a una política organizacional.<br>2. Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos.<br>3. Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos.<br>4. Realiza acciones de evaluación y mejora.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1. La alta dirección tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo el cual se encuentra articulado con el Direccionamiento Estratégico y se cuenta con política de gestión del riesgo mediante la guía GUIA GU-CDG-001 Guía de administración de riesgos y el Procedimiento PR-CDG-003.<br><br>2. La organización dispone de una metodología para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos, y se tiene identificados los riesgos en procesos institucionales. | 1. Debilidades en la identificación y actualización de la matrices de riesgos de acuerdo a su materialización                                   | 2            | 2         | 2                   | 2                            | 2                                              | 1           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,5 |       |                                          |
| Estándar 93. Código: (GER. 5)                                                     | La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye:<br><b>Criterios:</b><br>1. Un proceso planificado para la referenciación en el que se priorizan las prácticas que son objeto de esta referenciación.<br>2. Una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.).<br>3. Procesos de gestión clínica: adherencia a guías de práctica clínica, diligenciamiento de historia clínica y pertinencia diagnóstica, entre otros.<br>4. Evaluación de resultados ajustados por riesgo.<br>5. Eventos adversos.<br>6. Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.<br>7. Se implementan acciones de mejora a partir de los procesos de referenciación realizado. | En la entidad se ha adelantado procesos de referenciación con algunas entidades de la región                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1. No se promueve la comparación sistemática con referentes nacionales e internacionales para fortalecer los diferentes procesos de la entidad. | 1            | 1         | 1                   | 1                            | 1                                              | 1           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1   |       |                                          |
| Estándar 94. Código: (GER.6)                                                      | Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es demostrado a través de:<br><b>Criterios:</b><br>1. Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades.<br>2. Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación.<br>3. Apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.<br>4. Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento.<br>5. Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización.                                                                                                                                                                                | 1. La institución cuenta con plan anual de capacitaciones las cuales se evalúan lo que permite mejorar el entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación.<br>2. La entidad cuenta con la política de seguridad del paciente, humanización y gestión del riesgo, así mismo se realizan rondas de seguridad en la verificación de aplicación de los diferentes protocolos.                                                                                                                    | 1. Debilidades en la identificación y remoción de barreras para el mejoramiento                                                                 | 2            | 2         | 2                   | 2                            | 2                                              | 1           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,5 |       |                                          |
| Estándar 95. Código: (GER.7)                                                      | La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos.<br><b>Criterios:</b><br>1. Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.<br>2. Proveen orientación para el proceso de atención del cliente.<br>3. Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia.<br>4. Cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1. La organización cuenta con un plan de gestión donde se establecen metas e indicadores normativos y que son evaluados de manera anual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1. Debilidades en el seguimiento en la parte financiera de los planes operativos anuales                                                        | 2            | 2         | 2                   | 2                            | 2                                              | 1           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,5 |       |                                          |
| Estándar 96. Código: (GER.8)                                                      | La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos. La gerencia deberá garantizar el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos centrados en el paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1. La organización ha adelantado un proceso orientado a levantar, documentar, implementar y estandarizar procesos dirigidos al cumplimiento de las políticas y objetivos organizacionales. Que cuentan con indicadores que permiten su medición y determinación del avance hacia el cumplimiento de los objetivos, con el levantamiento, implementación y estandarización, la alta gerencia ha garantizado el acompañamiento permanente mediante procesos de                                   | 1. Debilidades en las evaluaciones periódicas para detectar las falencias que impiden el logro de los objetivos.                                | 2            | 2         | 2                   | 2                            | 2                                              | 1           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,5 |       |                                          |
| Estándar 97. Código:                                                              | La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia.<br>Algunos de los derechos de los clientes internos y del paciente y su familia incluyen:<br>a. Dignidad personal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1. La entidad presenta el Código de Integridad: que incluye el Código de conducta y Buen Gobierno.<br>2. Se tienen adoptados los deberes y derechos de los clientes internos y                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1. Debilidades en el conocimiento del código de                                                                                                 | 2            | 2         | 2                   | 2                            | 2                                              | 1           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,5 |       |                                          |





[illegible]

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PROCESO SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |           |                |                     |                              |                                    |             |              |       |                       |           |             | Código: MA-SIG-008                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------------|---------------------|------------------------------|------------------------------------|-------------|--------------|-------|-----------------------|-----------|-------------|------------------------------------------|--|
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | AUTOEVALUACION ESTÁNDARES DE ACREDITACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |           |                |                     |                              |                                    |             |              |       |                       |           |             | Fecha de aplicación: 22 de Abril de 2022 |  |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |           |                |                     |                              |                                    |             |              |       |                       |           |             | Versión: 0                               |  |
| ESTANDAR CODIGO                                                                   | ESTANDAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ASPECTOS CUALITATIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CALIFICACIÓN                          |           |                |                     |                              |                                    |             |              |       |                       |           |             |                                          |  |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ENFOQUE                               |           | IMPLEMENTACIÓN | RESULTADOS          |                              |                                    |             |              | TOTAL |                       |           |             |                                          |  |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | FORTALEZAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | OPORTUNIDADES DE MEJORA (DEBILIDADES) | Sistémico | Proactivo      | Evaluado y mejorado | Desplegado en la Institución | Apropiación por el Cliente Interno | Pertinencia | Consistencia |       | Avance de la medición | Tendencia | Comparación |                                          |  |
| GRUPO DE ESTANDARES DE GERENCIA DE TALENTO HUMANO                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |           |                |                     |                              |                                    |             |              |       |                       |           |             |                                          |  |
| Estándar 104. Código: (TH1)                                                       | Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estos procesos incluyen la información relacionada con:<br><b>Criterios:</b><br>1. Legislación.<br>2. Evaluación periódica de expectativas y necesidades.<br>3. Evaluación periódica del clima organizacional.<br>4. Evaluación periódica de competencias y desempeño.<br>5. Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo.<br>6. Análisis de cargas de trabajo, distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.<br>7. Análisis de puestos de trabajo.<br>8. Convocatoria, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y evaluación.<br>9. Políticas de compensación y definición de escala salarial.<br>10. Estímulos e incentivos.<br>11. Bienestar laboral.<br>12. Necesidades de comunicación organizacional.<br>13. Aspectos relacionados con la transformación de la cultura organizacional.<br>14. Relación docencia-servicio.<br>15. Efectividad de la respuesta. | 1. La entidad cuenta con manual de funciones, reglamento interno de trabajo, igualmente cuenta con manual interno de contratación, también cuenta con una matriz de normograma acorde a los procesos.<br>2. La entidad cuenta con un sistema de encuestas, con el fin de evaluar las expectativas y necesidades, para ser incluidos en el Plan Institucional de Capacitaciones<br>3. Se cuenta con el procedimiento de medición de clima organizacional, el cual hace parte también del cronograma de bienestar social e incentivos.<br>4. La entidad cuenta con la evaluación de desempeño para el personal de carrera administrativa.<br>5. La entidad ha realizado análisis de puestos de trabajo y mediciones ambientales a través del sistema SG-SST<br>6. La entidad cuenta con Planes Estratégicos Institucionales de Talento Humano. Además cuenta con el Manual de Contratación para la vinculación de contratistas.<br>7. Se cuenta con comités: comité Institucional de Gestión y Desempeño, Bienestar Social e Incentivos, Paritario, Convivencia Laboral y Comité de Docencia.<br>8. Existen convenios institucionales en cuanto a prácticas académicas y formativas. | 1. No se cuentan con manuales de Funciones actualizados, por cuanto las funciones no están acordes a cada cargo.<br>2. No se encuentra documentado el procedimiento en cuanto al retiro del personal docencia servicio<br>3. No se realiza la evaluación periódica de expectativas y necesidades del talento humano,<br>4. No se encuentra documentado los estímulos e incentivos por el logro de objetivos institucionales | 2                                     | 2         | 1              | 1                   | 1                            | 2                                  | 1           | 1            | 1     | 1                     | 1,3       |             |                                          |  |
| Estándar 105. Código: (TH2)                                                       | Existe un proceso para la planeación del talento humano. El proceso descrito considera aspectos tales como:<br><b>Criterios:</b><br>1. Legislación.<br>2. Cambios en el direccionamiento estratégico.<br>3. Mejoramiento de Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. Cambios en la estructura organizacional.<br>4. Cambios en la planta física.<br>5. Cambios en la complejidad de los servicios.<br>6. Disponibilidad de recursos.<br>7. Tecnología disponible.<br>8. Suficiencia del talento humano en relación con el portafolio y la demanda de servicios.<br>9. Relación docencia-servicio.<br>10. Relación de la oferta y la demanda de servicios con la docencia-servicio.<br>11. La planeación del talento humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos y deberes, el Código de Ética y el código del buen gobierno y el diseño del proceso de atención.<br>12. Evaluación de necesidades de contratación con terceros.                                                                                             | 1. El proceso de GTH cuenta con procedimientos y planes que se ajustan a la normatividad vigente del DAFP.<br>2. Se tiene un Plan de Desarrollo Institucional 2021-2024.<br>3. CEHANI ESE cuenta con procesos y planes respecto a Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.<br>4. Se realiza la proyección de las necesidades de los clientes a través del Plan Anual de Adquisiciones.<br>5. La entidad cuenta con un Código de integridad.<br>6. Se cuenta con tecnología adecuada a los servicios prestados.<br>7. Portafolio de servicios ampliado y actualizado con nuevas especialidades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1. Alta rotación de personal.<br>2. No se cuenta con nueva infraestructura para la prestación de nuevos servicios.<br>3. Falta de recursos financieros por el pago inoportuno por las EAPBS                                                                                                                                                                                                                                 | 2                                     | 2         | 1              | 1                   | 1                            | 2                                  | 1           | 1            | 2     | 1                     | 1,4       |             |                                          |  |
| Estándar 106. Código: (TH3)                                                       | La asignación del talento humano (numero y tipo de profesionales, auxiliares o tecnólogos necesarios) responde a la planeación y a las fases del proceso de atención y tiene en cuenta:<br><b>Criterios:</b><br>1. Requisitos y perfil del cargo.<br>2. Identificación de los patrones de carga laboral del empleo.<br>3. Distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.<br>4. Cambios en la oferta y / o demanda de servicio.<br>5. Reubicación y promoción del personal en el evento en que una situación así lo requiera.<br>6. Supervisión de personal en entrenamiento, si aplica.<br>7. Asignación de reemplazos en casos de inducción, re inducción, capacitación, calamidades, vacaciones y permisos, entre otros.<br>8. Los procesos mencionados en el estándar deben incluir aquellos aspectos directamente relacionados con los procesos inherentes a la atención al cliente durante cada paso o fase de su atención                                                                                                                                                   | 1. El proceso de GTH cuenta con procedimientos y planes para la asignación del Talento Humano.<br>2. Se revisa cumplimiento de requisitos y perfiles de cargos.<br>3. Asignación de reemplazos en caso de ausencia de titulares.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1. Personal insuficiente frente a necesidades del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1                                     | 1         | 1              | 1                   | 1                            | 2                                  | 1           | 2            | 1     | 1                     | 1,2       |             |                                          |  |
| Estándar 107. Código: (TH4)                                                       | La institución tiene definido el programa de inducción de personal (nuevos colaboradores contratados, trabajadores de empresas subcontratadas, personal en formación o entrenamiento) e incluye entre otros:<br><b>Criterios:</b><br>1. Contenidos de la inducción: orientación a los servicios que presta la institución, estructura organizativa, control de la infección e higiene de manos, seguridad del paciente, confidencialidad de la información del paciente, actuación en caso de emergencias.<br>2. Inducción específica para cada área, servicio o departamento, que incluyen la explicación de los sistemas de trabajo propios.<br>3. Asignación de funciones: (La asignación de funciones del personal de salud en formación o entrenamiento limita sus responsabilidades en función de su nivel de formación y experiencia).<br>4. Evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes periódicamente para colaboradores antiguos y nuevos en la organización.                                                                                                                                   | 1. Cuenta con Programas de inducción y reinducción del personal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1. No existe una evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes periódica para colaboradores antiguos y nuevos en la organización.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 3                                     | 2         | 1              | 1                   | 1                            | 2                                  | 2           | 1            | 1     | 1                     | 1,5       |             |                                          |  |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| Estándar 108. Código: (TH6) | <p>Existe un proceso para garantizar que el Talento Humano de la institución, profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Estas competencias también aplican para los servicios contratados con terceros y es responsabilidad de la organización contratante la verificación documentada de dichas competencias. Las competencias están definidas con base en las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:</p> <p><b>Criterios:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Educación.</li> <li>2. Licenciamiento o certificación, si aplica.</li> <li>3. Experiencia requerida.</li> <li>4. Habilidades.</li> <li>5. Relaciones interpersonales.</li> <li>6. Las competencias deben incluir: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad.</li> <li>7. El talento humano relacionado con docencia e investigación tiene las competencias para las prácticas formativas asignadas.</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1. Validación de información aportada por el talento humano previamente a la contratación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1                                                                                                                                              | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1   |
| Estándar 109. Código: (TH6) | <p>Existe un mecanismo diseñado, implementado y monitoreado sistemáticamente para verificar antecedentes, credenciales y se determinan las prerrogativas de los colaboradores de la organización, el cual incluye:</p> <p><b>Criterios:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Priorización de los colaboradores relacionados con el proceso de atención y aquellos que participen en las actividades de prácticas formativas, docencia e investigación.</li> <li>2. Se corroboran fuentes de información sobre antecedentes y credenciales.</li> <li>3. En relación con los registros de los colaboradores se garantiza: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Confidencialidad y seguridad.</li> <li>b. Control en el acceso a los registros.</li> <li>c. Consentimiento de los colaboradores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del talento humano propias de la organización.</li> </ol> </li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1. GTH cuenta con un proceso para verificar antecedentes, credenciales de los colaboradores de la organización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2                                                                                                                                              | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |   |   | 1,7 |
| Estándar 110. Código: (TH7) | <p>Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización, que incluye:</p> <p><b>Criterios:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Direccionamiento estratégico.</li> <li>2. Inducción y re inducción.</li> <li>3. Ambiente de trabajo y sus responsabilidades.</li> <li>4. Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos.</li> <li>5. Modelo de atención.</li> <li>6. Portafolio de servicios.</li> <li>7. Estructura organizacional.</li> <li>8. Expectativas del desempeño.</li> <li>9. Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones.</li> <li>10. Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.</li> <li>11. Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio.</li> <li>12. Requisitos para las actividades de docencia e investigación, si aplica.</li> <li>13. Conceptos y herramientas de calidad y mejoramiento de procesos.</li> <li>14. Comisiones clínicas.</li> <li>15. La educación continuada refuerza los conceptos, los procedimientos y las políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia.</li> <li>16. El programa de capacitación cuenta con recursos, se cumple, evalúa y ajusta periódicamente.</li> <li>17. Las instituciones educativas con las cuales hay convenios docencia-servicio se articulan con el plan de capacitación.</li> <li>18. El programa incluye un sistema de evaluación que permita evidenciar la comprensión de sus contenidos y resultados. Si se cuenta con servicios contratados con terceros, la empresa contratada debe garantizar que el personal que allí labora esté capacitada en los temas que la organización considere pertinentes. Estos temas deberán estar alineados con el plan de capacitación institucional y las necesidades del modelo de servicio.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se cuenta con un Plan Institucional de Capacitación anual, que contempla las necesidades identificadas en la organización.</li> <li>2. Se cuenta con un SG-SST</li> <li>3. CEHANI ESE tiene implementado procesos enfocados a la Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.</li> <li>4. Se realiza entrenamientos en los diferentes procesos que son requeridos.</li> </ol> | 1. No existe un 100% de asistencia del personal a las capacitaciones y entrenamientos realizados.                                              | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |   | 1,4 |
| Estándar 111. Código: (TH6) | <p>La organización garantiza la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores, si aplica, y de terceros subcontratados, si aplica.</p> <p><b>Criterios:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La competencia es evaluada desde el proceso de selección.</li> <li>2. El desempeño es evaluado y documentado durante el periodo de prueba, cuando aplique.</li> <li>3. El mejoramiento de la competencia y el desempeño es revisado y documentado periódicamente, de acuerdo con los requerimientos legales y de la organización.</li> <li>4. En el caso de personal en prácticas formativas, docentes e investigadores se evaluará el cumplimiento de las políticas organizacionales.</li> <li>5. Se provee retroalimentación a los evaluados.</li> <li>6. El sistema de evaluación es dado a conocer a cada una de las personas desde el momento de ingreso a la organización.</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1. Se realiza la Evaluación de Desempeño Laboral a los funcionarios de Carrera Administrativa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1. No existe retroalimentación de las evaluaciones y verificación de estándares de crecimiento de competencias comportamentales de CEHANI ESE. | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |   | 1,6 |
| Estándar 112. Código: (TH9) | <p>La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores. Las estrategias se relacionan con:</p> <p><b>Criterios:</b></p> <p>El entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios tales como:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cumplimiento de las responsabilidades a su cargo.</li> <li>2. Pasos o fases del proceso de atención.</li> <li>3. Seguridad del paciente.</li> <li>4. Humanización del servicio.</li> <li>5. Habilidades comunicativas.</li> <li>6. Enfoque de riesgo.</li> <li>7. Gestión de tecnologías.</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1. Existen programas de Humanización y Seguridad del Paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1. Falta implementar estrategias de comunicación asertiva y manejo del tiempo.<br>2. Falencias en el enfoque al riesgo.                        | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |   | 1,4 |

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]



[illegible]

|  | PROCESO SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                              |              |           |                     |                              |                                                |               |              |                       |           |             | Código: MA-SIG-008                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------|---------------------|------------------------------|------------------------------------------------|---------------|--------------|-----------------------|-----------|-------------|------------------------------------------|
|                                                                                   | AUTOEVALUACION ESTÁNDARES DE ACREDITACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                              |              |           |                     |                              |                                                |               |              |                       |           |             | Fecha de aplicación: 22 de Abril de 2022 |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                              |              |           |                     |                              |                                                |               |              |                       |           |             | Versión: 0                               |
| ESTÁNDAR<br>CÓDIGO                                                                | ESTÁNDAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ASPECTOS CUALITATIVOS                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                              | CALIFICACIÓN |           |                     |                              |                                                |               |              |                       |           |             | TOTAL                                    |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                              | ENFOQUE      |           | PLEMENTACIÓN        |                              | RESULTADOS                                     |               |              |                       |           |             |                                          |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | FORTALEZAS                                                                                                                                                                                                                                   | OPORTUNIDADES DE MEJORA (DEBILIDADES)                                                                                                                                                        | Sistemático  | Proactivo | Evaluado y mejorado | Despliegue en la Institución | Apropiación por el Cliente Interno y/o Externo | Perseverancia | Consistencia | Avance de la medición | Tendencia | Comparación |                                          |
| GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                              |              |           |                     |                              |                                                |               |              |                       |           |             |                                          |
| Estándar 142. Código: (GI1)                                                       | Existen procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de información de los usuarios y sus familias, los colaboradores, y todos los procesos de la organización. Esto incluye las necesidades:<br>Criterios:<br>1. Identificadas en los procesos de atención.<br>2. Relacionadas con el direccionamiento y la planeación de la organización.<br>3. De asignación de recursos.<br>4. De docencia-servicio.<br>5. Investigación.<br>6. Salud pública.<br>7. Promoción y prevención.<br>8. Del paciente y su familia durante su atención.<br>9. Mejoramiento de la calidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | * Se encuentran definidos en las caracterizaciones de los procesos de direccionamiento estratégicos, misionales, de apoyo y de control de gestión, las entradas y salidas de información además de toda documentada aprobada por la entidad. | *Se recomienda con la información generada desde los procesos (indicadores) , la implementación del cuadro de mando integral.                                                                | 3            | 3         | 2                   | 1                            | 1                                              | 1             | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,5                                      |
| Estándar 143. Código: (GI2)                                                       | Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye:<br>Criterios:<br>1. La identificación de las necesidades de información.<br>2. Un proceso de implementación basado en prioridades.<br>3. La recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección y a cada uno de los procesos, la toma oportuna y efectiva de decisiones.<br>4. Flujo de la información.<br>5. Minería de datos.<br>6. Almacenamiento, conservación y depuración de la información.<br>7. Seguridad y confidencialidad de la información.<br>8. Uso de la información.<br>9. El uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.<br>10. Recolección sistemática de las necesidades, las opiniones y los niveles de satisfacción de los clientes del sistema de información.<br>11. Cualquier disfunción en el sistema de información es recolectada, analizada y resuelta.<br>12. La información soporta la gestión de los procesos relacionados con la atención al cliente de la organización.<br>13. Identificación de espacios gerenciales y técnicos para el análisis de la información.<br>14. Definición de indicadores corporativos que incluyan: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.<br>15. Comparación con mejores prácticas.<br>16. Sistema de medición, evaluación y mejoramiento del plan. | * Existe un plan de gerencia de la información, así como también los diferentes planes estratégicos formulados desde mipg (PETI, SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION, RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION, PINAR)       | *Dar cumplimiento al PETI, el cual apunta los siguientes criterios de este estándar : 1, 2, 3,4,6, 8,9, 12,<br><br>Socializar en las áreas lo referente a la Guía de Información estadística | 2            | 2         | 2                   | 1                            | 1                                              | 1             | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,3                                      |
| Estándar 144. Código: (GI3)                                                       | Cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas o no deseables en el desempeño de los procesos, la organización realiza análisis de causas y genera acciones de mejoramiento continuo.<br>Criterios:<br>1. La organización garantiza el diseño y el seguimiento de protocolos por cumplir, en caso de variaciones observadas.<br>2. La organización tiene prevista la existencia de grupos o mecanismos interdisciplinarios para evaluar variaciones no esperadas.<br>3. Realiza seguimiento a las decisiones adoptadas frente a una brecha en la información.<br>4. Se hace énfasis en las decisiones para el mejoramiento continuo.<br>5. Las acciones se comunican a los colaboradores de los procesos relacionados para que se hagan parte del mejoramiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | *Existe el procedimiento de mejoramiento continuo                                                                                                                                                                                            | * Establecer herramientas estadísticas que permitan determinar variaciones y/o brechas en la información                                                                                     | 2            | 2         | 2                   | 1                            | 1                                              | 1             | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,3                                      |
| Estándar 145. Código: (GI4)                                                       | La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tendrá en cuenta:<br>Criterios:<br>1. Los costos asociados.<br>2. El entrenamiento al personal.<br>3. Los aspectos éticos.<br>4. La relación existente entre tecnología y personal (número de equipos, cobertura, etc.).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | *En la entidad se adoptan tecnologías de la información y la comunicación, conforme a lo establecido en la estructura documentada del proceso Gestión Jurídica y Contratación                                                                | * Es necesario la evaluación y seguimiento de las tecnologías de la información y la documentación utilizadas en la entidad para su                                                          | 2            | 2         | 2                   | 1                            | 1                                              | 1             | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,3                                      |
| Estándar 146. Código: (GI5)                                                       | Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.<br>Criterios:<br>1. La seguridad y la confidencialidad.<br>2. Acceso no autorizado.<br>3. Pérdida de información.<br>4. Manipulación.<br>5. Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos a los legalmente contemplados por la organización.<br>6. Deterioro, de todo tipo, de los archivos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | * Existe una política de seguridad de la información, plan de seguridad y privacidad de la información, y protocolos de información                                                                                                          | *Revisar y actualizar la estructura documentada en referencia al manejo, seguridad y confidencialidad de la información.<br><br>*Implementar el plan de                                      | 2            | 2         | 2                   | 1                            | 1                                              | 1             | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1,3                                      |

[illegible]

[illegible]

|  <div>CEHANI<br/>CONSEJO ECUATORIANO DE HIGIENE Y SALUD</div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PROCESOS SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                  |              |         |                          |                              |                                               |             |              |                       |           |             | Código: MA-SIG-008                          |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|--------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|-------------|--------------|-----------------------|-----------|-------------|---------------------------------------------|------|
| AUTOEVALUACION ESTÁNDARES DE ACREDITACION                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                  |              |         |                          |                              |                                               |             |              |                       |           |             | Fecha de aplicación:<br>22 de Abril de 2022 |      |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                  |              |         |                          |                              |                                               |             |              |                       |           |             | Versión: 0                                  |      |
| ESTÁNDAR<br>CÓDIGO                                                                                                                             | ESTÁNDAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ASPECTOS CUALITATIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                  | CALIFICACIÓN |         |                          |                              |                                               |             |              |                       |           |             | TOTAL                                       |      |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | FORTALEZAS                                                                                                                                                                                                                                                                                      | OPORTUNIDADES DE MEJORA<br>(DEBILIDADES)                                                                         | ENFOQUE      |         | IMPLEMENTACIÓN           |                              | RESULTADOS                                    |             |              |                       |           |             |                                             |      |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                  | Metodología  | Proceso | Evaluación y seguimiento | Despliegue en la institución | Aceptación por el Cliente Interno y/o Externo | Perfomancia | Consistencia | Avance de la medición | Tendencia | Comparación |                                             |      |
| GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                  |              |         |                          |                              |                                               |             |              |                       |           |             |                                             |      |
| Estándar 156. Código: (MCC1)                                                                                                                   | Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual:<br><b>Criterios:</b><br>1. Tiene un enfoque sistémico.<br>2. Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional.<br>3. Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación.<br>4. Incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoría y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes.<br>5. Articula las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes.<br>6. Acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el sistema único de acreditación.<br>7. Incluye los resultados de los procesos de referenciación internos y externos.<br>8. Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la relación con terceros subcontratados.<br>9. Incluye la asignación de los recursos humanos, los equipos de autoevaluación, los equipos de mejoramiento, los recursos físicos y financieros y los elementos necesarios para su implementación.<br>10. Cuenta con responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora.<br>11. Debe hacer explícito el impacto de las acciones de mejora sobre el usuario y su familia.<br>12. Define los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento.<br>13. Determina los indicadores organizacionales que van a ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora en los procesos organizacionales, considerando aspectos como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad, entre otros. | Se tiene documentado el proceso de mejora continua donde se incluye acciones correctivas y acciones de mejoramiento producto de las diferentes fuentes de los hallazgos por las diferentes auditorías internas y externas<br><br>Se identifican hallazgos de los diferentes sistemas de gestión | Incumplimiento en la elaboración y ejecución de los planes de mejoramiento                                       | 2            | 2       | 2                        | 1                            | 1                                             | 1           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1                                           | 1,30 |
| Estándar 157. Código: (MCC2)                                                                                                                   | La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación, las cuales:<br><b>Criterios:</b><br>1. Son priorizadas empleando una metodología estandarizada que considere, por lo menos, las de mayor impacto en cuanto a enfoque al usuario y orientación al riesgo.<br>2. Cuentan con el soporte, los recursos y los elementos necesarios para su implementación.<br>3. Se operativizan en acciones de mejora, las cuales se realizan completas y en el tiempo asignado en un cronograma de trabajo.<br>4. Identifican las potenciales barreras para implementar las acciones de mejora, con el fin de tomar los correctivos necesarios.<br>5. Son llevadas a cabo por colaboradores y/o equipos de mejoramiento con las competencias necesarias para su desarrollo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se cuenta con un procedimiento de mejoramiento continuo para el reporte, implementación y seguimiento a las acciones de mejoramiento<br><br>Se implementan oportunidades de mejora en todo el ciclo de vida de los procesos                                                                     | Incumplimiento en la elaboración y ejecución de los planes de mejoramiento                                       | 2            | 2       | 2                        | 2                            | 2                                             | 1           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1                                           | 1,50 |
| Estándar 158. Código: (MCC3)                                                                                                                   | Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.<br><b>Criterios:</b><br>1. Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo.<br>2. Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas.<br>3. Realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento.<br>4. Hace seguimiento periódico a la implementación de las oportunidades de mejora, incluyendo las relacionadas con terceros.<br>5. Retroalimenta a la organización, a los involucrados en los procesos de mejora y a los órganos de dirección para el análisis y la toma de decisiones.<br>6. Genera resultados que son insumo para el ajuste del proceso organizacional de mejoramiento continuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se cuenta con un procedimiento de mejoramiento continuo para el reporte, implementación y seguimiento a las acciones de mejoramiento<br><br>La oficina asesora de planeación y calidad conjuntamente con la oficina asesora de control interno realizan monitorización.                         | No se atienden las sugerencias realizadas en la monitorización                                                   | 2            | 2       | 2                        | 1                            | 1                                             | 1           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1                                           | 1,30 |
| Estándar 159. Código: (MCC4)                                                                                                                   | Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran:<br><b>Criterios:</b><br>1. Comunicación al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, según aplique.<br>2. Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los resultados como tal.<br>3. Los canales apropiados para la divulgación, socialización e internalización de los resultados a través de la gestión del conocimiento.<br>4. Estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos o externos, los resultados del mejoramiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se cuenta con un procedimiento de mejoramiento continuo para el reporte, implementación y seguimiento a las acciones de mejoramiento                                                                                                                                                            | Fortalecer el procedimiento de mejoramiento continuo de la entidad teniendo en cuenta el enfoque de acreditación | 2            | 2       | 2                        | 1                            | 1                                             | 1           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1                                           | 1,3  |
| Estándar 160. Código: (MCC5)                                                                                                                   | Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se cuenta con un procedimiento de mejoramiento continuo para el reporte, implementación y seguimiento a las acciones de mejoramiento                                                                                                                                                            | No se documenta el aprendizaje organizacional en cuanto a los resultados del mejoramiento de la calidad          | 2            | 2       | 2                        | 1                            | 1                                             | 1           | 1            | 1                     | 1         | 1           | 1                                           | 1,3  |
| PROMEDIO                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                  |              |         |                          |                              |                                               |             |              |                       |           |             | 1,34                                        |      |

|                                                                                   |                                             |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                   |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

## INDICADOR 2

### MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR

CEHANI E.S.E., como una empresa social del Estado, de segundo nivel de complejidad, y de acuerdo a su plataforma estratégica, formula su Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud vigencia 2024-2028 con enfoque en ACREDITACIÓN con el propósito de alcanzar en un mediano o largo plazo los estándares superiores de calidad y así mejorar la prestación de los servicios de salud, logrando la satisfacción y seguridad de los usuarios y el posicionamiento de la Entidad.

La metodología para la elaboración del PAMEC de CEHANI E.S.E se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, que define el Decreto 1011 de 2006, Ciclo PHVA y la ruta crítica establecido en el manual PAMEC.

CEHANI ha definido un ciclo de cuatro años (2024-2028) periodo de la administración actual, para recorrer toda la ruta crítica e implementar las acciones de mejoras en los planes de acción, con el objeto de identificar y cerrar brechas en la calidad de los procesos y la calidad de los servicios que reciben los usuarios.

Las descripciones de las acciones de manera específica son definidas anualmente en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, para la vigencia 2025 se priorizaron un total de 12 estándares los cuales se estipulan a continuación.

| ESTANDAR     | ACTIVIDADES PROGRAMADAS | ACTIVIDADES CUMPLIDAS |
|--------------|-------------------------|-----------------------|
| Estándar 1   | 4                       | 3                     |
| Estándar 4   | 4                       | 4                     |
| Estándar 15  | 3                       | 3                     |
| Estándar 77  | 6                       | 6                     |
| Estándar 89  | 4                       | 4                     |
| Estándar 91  | 4                       | 3                     |
| Estándar 104 | 10                      | 9                     |
| Estándar 114 | 4                       | 4                     |
| Estándar 124 | 6                       | 6                     |

|                                                                                                                                                      |                                             |  |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--|-----------------------------------------|
| <br><b>CEHANI</b><br>Empresa Social del Estado<br>NIT 891200638 - 1 | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> |  | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                                                                      |                                             |  | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                                                                      | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   |  | Versión: 0                              |

|                                |            |           |
|--------------------------------|------------|-----------|
| Estándar 136                   | 4          | 4         |
| Estándar 152                   | 9          | 9         |
| Estándar 158                   | 4          | 4         |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>62</b>  | <b>59</b> |
| <b>PORCENTAJE CUMPLIMIENTO</b> | <b>95%</b> |           |

Las descripciones de las acciones de manera específica son definidas anualmente en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, para la vigencia 2025 se priorizaron 12 estándares, de los cuales se formularon 62 acciones y fueron cumplidas satisfactoriamente 59 de ellas.

### Reporte de formato st002

| CODIGO DEL MUNICIPIO | FECHA INICIAL | FECHA FIN  | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES EJECUTADAS | AUDITORIAS INTERNAS PROGRAMADAS | AUDITORIAS INTERNAS EJECUTADAS | DOCUMENTO SOPORTE | PROCESOS ESTANDARIZADOS | NOMBRE DEL LIDER DE CALIDAD | DIRECCION ELECTRONICA DEL LIDER DE CALIDAD         | TELEFONO DEL LIDER DE CALIDAD | NOMBRE RESPONSABLE | CARGO RESPONSABLE  | DIRECCION ELECTRONICA RESPONSABLE                  | TELEFONO RESPONSABLE |
|----------------------|---------------|------------|----------------------|---------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------------------------------|----------------------|
| 52001                | 01/01/2025    | 31/12/2025 | 62                   | 59                  | 1                               | 1                              | 13                | MBIENTE FISICO, GESTION | ANA MILENA ARRIAGA          | <a href="mailto:planeacion@ceh">planeacion@ceh</a> | 3146861473                    | ANA MILENA ARRIAGA | PLU Oficina Asesor | <a href="mailto:planeacion@ceh">planeacion@ceh</a> | 3146861473           |

|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

| <b>FORMULA</b>                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Relación de número de acciones de mejora ejecutadas derivada de las auditorías realizadas/ Numero de acciones de mejoramiento programadas derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC |
| <b>APLICACIÓN DE LA FORMULA</b>                                                                                                                                                                                                 |
| 59 / 62                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>RESULTADO</b>                                                                                                                                                                                                                |
| 0.95                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>ANEXOS</b>                                                                                                                                                                                                                   |
| SOPORTE DE SUPERSALUD                                                                                                                                                                                                           |



|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

# SOORTE INDICADOR 2 SOORTE SUPERSALUD

| Nit       | Clasificación 2025 | Fecha de Clasificación 2025 | Clasificación 2024 | INDICADOR 2   | INDICADOR 10 |
|-----------|--------------------|-----------------------------|--------------------|---------------|--------------|
| 891200638 | Grupo C2           | Julio de 2025               | Grupo C2           | 0,95          | NO CUMPLE    |
| 891200679 | Grupo C1           | Julio de 2025               | Grupo C1           | 0,99          | NO CUMPLE    |
| 891200952 | Grupo D1           | Julio de 2025               | Grupo D1           | 0,90          | CUMPLE       |
| 891201108 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | NO REPORTÓ AT | NO CUMPLE    |
| 891201410 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 1,00          | CUMPLE       |
| 891201845 | Grupo D1           | Julio de 2025               | Grupo D1           | 0,91          | CUMPLE       |
| 891301121 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,94          | NO CUMPLE    |
| 891301447 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 1,00          | NO CUMPLE    |
| 891380046 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 1,00          | NO CUMPLE    |
| 891380055 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 1,00          | NO CUMPLE    |
| 891380070 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 1,00          | NO CUMPLE    |
| 891380103 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 1,00          | NO CUMPLE    |
| 891380184 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,94          | NO CUMPLE    |
| 891401308 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,94          | NO CUMPLE    |
| 891401643 | Grupo D1           | Julio de 2025               | Grupo D1           | 0,92          | NO CUMPLE    |
| 891401777 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 1,00          | NO CUMPLE    |
| 891408747 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 1,00          | NO CUMPLE    |
| 891408918 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,60          | NO CUMPLE    |
| 891409017 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,90          | NO CUMPLE    |
| 891409025 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,93          | NO CUMPLE    |
| 891410661 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,96          | NO CUMPLE    |
| 891411663 | Grupo C2           | Julio de 2025               | Grupo C2           | 0,90          | CUMPLE       |
| 891411665 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 1,00          | NO CUMPLE    |
| 891412126 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,93          | NO CUMPLE    |
| 891412134 | Grupo D1           | Julio de 2025               | Grupo D1           | 0,88          | NO CUMPLE    |
| 891480036 | Grupo D1           | Julio de 2025               | Grupo D1           | 0,92          | CUMPLE       |
| 891500084 | Grupo C2           | Julio de 2025               | Grupo C2           | 0,95          | NO CUMPLE    |
| 891500736 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,96          | NO CUMPLE    |
| 891501104 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,97          | NO CUMPLE    |
| 891501676 | Grupo C1           | Julio de 2025               | Grupo C1           | 0,96          | CUMPLE       |
| 891580002 | Grupo C1           | Julio de 2025               | Grupo C1           | 0,86          | NO CUMPLE    |
| 891600061 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | NO REPORTÓ AT | NO CUMPLE    |
| 891680064 | Grupo D1           | Julio de 2025               | Grupo D2           | NO REPORTÓ AT | NO CUMPLE    |
| 891680065 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | NO REPORTÓ AT | NO CUMPLE    |
| 891780008 | Grupo C2           | Julio de 2025               | Grupo C2           | 0,73          | NO CUMPLE    |
| 891780185 | Grupo C1           | Julio de 2025               | Grupo C1           | 1,00          | NO CUMPLE    |

|                                                                                   |                                             |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                   |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

## INDICADOR 3

### GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

CEHANI ESE, representada por Dra. AMANDA LILIANA VIVEROS ORDOÑEZ, presenta el Plan de Desarrollo para el periodo del 2024–2028 aprobado el día 19 de febrero de 2025.

El Plan de Desarrollo es la ruta y guía de trabajo institucional, mediante la cual la gerencia de CEHANI ESE, determina el estado de la situación actual, del entorno prestacional, socioeconómico, político y cultural, así como la situación interna de la Institución a nivel financiero, administrativo y logístico, desde los cuales debe proyectarse para conseguir el logro visionario que la comunidad del departamento espera, sueña, desea y necesita. Además, define los objetivos estratégicos, programas, proyectos y metas que han de ejecutarse y cuyo cumplimiento permitirá la evaluación de la gestión periódicamente.

El plan contempla cuatro líneas estratégicas producto de la Visión que se propone, teniendo en cuenta el modelo del sistema general de seguridad social en salud y la situación actual de nuestra institución. Las líneas estratégicas son:

1. Sostenibilidad Administrativa y Financiera
2. Direccionamiento estratégico
3. Sistema de gestión integral
4. Prestación de servicios de Salud.

Teniendo en cuenta las líneas estrategias se formularon 61 actividades con metas a cumplirse durante la vigencia 2024-2028, tomando como línea base la vigencia 2024.

De las 61 actividades programadas en el Plan Operativo Anual, se cumplen satisfactoriamente 45 de ellas, lo cual arroja un cumplimiento del 0,737 para la vigencia 2025.

|                                                                                                        |                                             |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <br>NIT 891200638 - 1 | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                        |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                        | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

| LINEA ESTRATEGICA                          | ACTIVIDADES PROGRAMADAS | ACTIVIDADES CUMPLIDAS |
|--------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Sostenibilidad Administrativa y Financiera | 8                       | 3                     |
| Direccionamiento y Gerencia                | 15                      | 14                    |
| Sistemas de Gestión Integral               | 25                      | 21                    |
| Prestación de Servicios de Salud           | 13                      | 7                     |
| <b>TOTAL</b>                               | <b>61</b>               | <b>45</b>             |

CEHANI E.S.E, realizará la evaluación del plan de desarrollo de acuerdo a lo descrito en la Decreto 780 de 2016, ARTÍCULO 2.5.3.8.4.5.2. PLAN DE DESARROLLO. Las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo, de conformidad con la ley y los reglamentos

| FORMULA                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Numero de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Numero de metas del plan operativo programadas en la vigencia objeto de evaluación |
| APLICACIÓN DE LA FORMULA                                                                                                                                                    |
| 45 / 61                                                                                                                                                                     |
| RESULTADO                                                                                                                                                                   |
| <b>0.95</b>                                                                                                                                                                 |
| ANEXOS                                                                                                                                                                      |
| Certificado de Profesional Universitario Planeación                                                                                                                         |

|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

# SOORTE INDICADOR 3 CERTIFICADO PLANEACION

|                                                                                   |                                          |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESOS GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-051                         |
|                                                                                   | CERTIFICACION                            | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                          | Versión: 4                                 |

San Juan de Pasto, 31 de marzo de 2026.

**LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE LA OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y CALIDAD**

**CERTIFICA**

Que verificado el Plan de Desarrollo Institucional correspondiente a la vigencia 2025, se contemplaron un total de sesenta y un (61) actividades de las cuales se cumplieron 44, obteniéndose un resultado de 0.721 de Acuerdo al siguiente consolidado:

| LINEA ESTRATEGICA                          | ACTIVIDADES PROGRAMADAS | ACTIVIDADES CUMPLIDAS |
|--------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Sostenibilidad Administrativa y Financiera | 8                       | 3                     |
| Direccionamiento y Gerencia                | 15                      | 14                    |
| Sistemas de Gestión Integral               | 25                      | 21                    |
| Prestación de Servicios de Salud           | 13                      | 6                     |
| <b>TOTAL</b>                               | <b>61</b>               | <b>44</b>             |

**FORMULA INDICADOR:** Numero de metas Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación/ número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.

**DESARROLLO DEL INDICADOR:** 44 metas cumplidas = 0.721

61 metas programadas

Se anexa las matrices por linea estratégica, como soporte del indicador.

La presente certificación se expide como destino a la Junta Directiva de la E.S.E., como soporte para el proceso de evaluación gerencial vigencia 2025.

Atentamente,

*dn- m.d. - 0707*

**ANA MILENA ARROYO VILLOTA**

Profesional Universitaria

Oficina Asesora de Planeación y Calidad.



|                                                                                   |                                      |  |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
|  | PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO |  | Código: FR-DRE-026                   |
|                                                                                   | AUTOEVALUACIÓN CUMPLIMIENTO POA      |  | Fecha de aplicación: 7 de junio 2018 |
|                                                                                   |                                      |  | Versión: 0                           |

|                      |      |
|----------------------|------|
| Vigencia Seguimiento | 2025 |
|----------------------|------|

| No. | Lineas Estrategicas                        | Objetivo                                                                                                                                        | Actividades                                                                                                                                                         | Responsable                                                    | Indicador de cumplimiento                                                                   | Fórmula del indicador                                                                                                    |                                                                                                 | Meta Programada                                                        | Cumplimiento | C | NC | Acciones a tomar                                                                          |
|-----|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------|---|----|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                            |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                             | Numerador                                                                                                                | Denominador                                                                                     |                                                                        |              |   |    |                                                                                           |
|     |                                            |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                                             |                                                                                                                          |                                                                                                 |                                                                        |              |   |    |                                                                                           |
| 1   | SOSTENIBILIDAD ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA | Adopción del plan de saneamiento fiscal y financiero.                                                                                           | Implementación del plan de saneamiento fiscal y financiero                                                                                                          | Subgerencia Administrativa y Financiera                        | Nivel de implementación del plan de saneamiento fiscal y financiero                         | Número de acciones o actividades del plan de saneamiento fiscal y financiero que han sido ejecutadas.                    | Número total de acciones o actividades definidas en el plan de saneamiento fiscal y financiero. | Plan adoptado por la junta directiva.                                  | No cumple    |   | 1  | Se socializó ante junta directiva                                                         |
| 2   |                                            |                                                                                                                                                 | Reducción del riesgo fiscal y financiero mediante estrategias de optimización de ingresos y egresos.                                                                | Subgerencia Administrativa y Financiera                        | Índice de reducción del riesgo fiscal y financiero                                          | Diferencia entre el déficit fiscal inicial y el déficit fiscal final después de aplicar las estrategias de optimización. | Déficit fiscal inicial antes de aplicar las estrategias.                                        | Reducir el riesgo fiscal en al menos un 30%                            | Riesgo Alto  |   | 1  |                                                                                           |
| 3   |                                            | Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo producida.                                                                                     | Control y reducción del gasto por Unidad de Valor Relativo producida.                                                                                               | Subgerencia Administrativa y Financiera                        | Costo por Unidad de Valor Relativo (UVR) producida                                          | Gasto total operativo en la producción de servicios de salud.                                                            | Número total de Unidades de Valor Relativo (UVR) producidas en el periodo evaluado.             | Mantenerse por debajo de 0.90                                          | 0.59         | 1 |    | Ficha tecnica SIHO                                                                        |
| 4   |                                            | Proporción de medicamentos y material médico adquiridos mediante mecanismos eficientes (compras conjuntas, cooperativas, compras electrónicas). | Implementación de estrategias de compras conjuntas. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y Compras a través de mecanismos electrónicos. | Subgerencia Administrativa y Financiera                        | Proporción de adquisiciones realizadas mediante compras conjuntas y mecanismos eficientes   | Valor total de compras realizadas mediante compras conjuntas, cooperativas o mecanismos electrónicos.                    | Valor total de compras de medicamentos y material médico en el periodo evaluado.                | 70%                                                                    | 0/0          |   | 1  |                                                                                           |
| 5   |                                            | Monto de la deuda superior a 30 días por salarios y contratación de servicios.                                                                  | Reducción del monto de la deuda superior a 30 días por salarios y contratación de servicios.                                                                        | Subgerencia Administrativa y Financiera                        | Variación del monto de la deuda superior a 30 días por salarios y contratación de servicios | Diferencia entre el monto de deuda inicial y el monto de deuda final después del periodo evaluado.                       | Monto de deuda inicial al inicio del periodo.                                                   | cero (0)                                                               | -1177926655  | 1 |    |                                                                                           |
| 6   |                                            | Resultado del equilibrio presupuestal con recaudo.                                                                                              | Mejoramiento del equilibrio presupuestal con base en el recaudo.                                                                                                    | Subgerencia Administrativa y Financiera                        | Índice de equilibrio presupuestal                                                           | Total de ingresos efectivamente recaudados en el periodo evaluado.                                                       | Total de gastos ejecutados en el mismo periodo.                                                 | >1                                                                     | 0.85         |   | 1  |                                                                                           |
| 7   |                                            | Nivel de utilización del Registro Individual de Prestaciones de Salud (RIPS).                                                                   | Uso eficiente del Registro Individual de Prestaciones de Salud (RIPS).                                                                                              | Subgerencia Administrativa y Financiera                        | Índice de calidad y oportunidad en el uso del RIPS                                          | Número de registros RIPS completos y enviados dentro de los tiempos establecidos.                                        | Total de registros RIPS generados en el periodo evaluado.                                       | 4 Trimestres                                                           | 98.8%        | 1 |    | Se radicaron los RIPS durante los 4 trimestres, teniendo un cumplimiento del 98.8%        |
| 8   |                                            | Oportunidad en la entrega del reporte de información según la Superintendencia Nacional de Salud.                                               | Cumplimiento en la entrega de reportes financieros y administrativos según normatividad vigente.                                                                    | Subgerencia Administrativa y Financiera<br>Subgerencia Técnica | Cumplimiento en la entrega de reportes financieros y administrativos                        | Cantidad de reportes entregados en los tiempos establecidos según normatividad.                                          | Total de reportes requeridos en el periodo evaluado.                                            | 100%                                                                   | No cumple    |   | 1  |                                                                                           |
| 9   | DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA                | Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior                                       | Realizar autoevaluaciones anuales.                                                                                                                                  | Planeacion Calidad                                             | Porcentaje de cumplimiento de las auditorías internas realizadas.                           | Número de autoevaluaciones realizadas                                                                                    | Total de procesos a evaluar                                                                     | 100%                                                                   | 100%         | 1 |    | 1 Autoevaluación realizada a los estándares aplicables a Cehani                           |
| 10  |                                            |                                                                                                                                                 | Diseñar e implementar planes de mejoramiento.                                                                                                                       | Planeacion Calidad                                             | Porcentaje de planes de mejoramiento diseñados e implementados                              | Planes de mejoramiento implementados                                                                                     | Planes de mejoramiento diseñados                                                                | >90%                                                                   | 100%         | 1 |    |                                                                                           |
| 11  |                                            |                                                                                                                                                 | Seguimiento y monitoreo de los planes implementados.                                                                                                                | Planeacion Calidad                                             | Número de seguimientos realizados                                                           | Número de seguimientos realizados                                                                                        | Total de seguimientos programados                                                               | >90%                                                                   | 95%          | 1 |    | Se realizan 2 seguimientos en el mes de octubre y diciembre de 2025                       |
| 12  |                                            | Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud                                                 | Implementar auditorías periódicas en servicios de salud.                                                                                                            | Planeacion Calidad                                             | Número de auditorías realizadas                                                             | Número de auditorías realizadas                                                                                          | Total de auditorías programadas                                                                 | >90%                                                                   | 100%         | 1 |    | Se desarrolla 1 auditoría interna                                                         |
| 13  |                                            |                                                                                                                                                 | Establecer planes de mejora basados en hallazgos de auditoría.                                                                                                      | Planeacion Calidad                                             | Porcentaje de planes de mejora formulados a partir de hallazgos de auditoría                | Planes de mejora formulados                                                                                              | Total de auditoría                                                                              | >90%                                                                   | 100%         | 1 |    |                                                                                           |
| 14  |                                            |                                                                                                                                                 | Evaluar el cumplimiento de las acciones correctivas.                                                                                                                | Planeacion Calidad                                             | Porcentaje de acciones correctivas cumplidas                                                | Acciones correctivas cumplidas                                                                                           | Total de acciones correctivas programadas                                                       | 95%                                                                    | 95%          | 1 |    | Se evaluaron 62 actividades con cumplimiento 59 de ellas                                  |
| 15  |                                            | Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional                                                                                       | Implementar mecanismos de monitoreo del plan de desarrollo.                                                                                                         | Planeacion Calidad                                             | Número de mecanismos de monitoreo implementados.                                            | Cantidad de mecanismos implementados en el periodo                                                                       | Total de mecanismos                                                                             | Implementar al menos 2 mecanismos de monitoreo del plan de desarrollo. | 100%         | 1 |    | Un mecanismo el formato de seguimiento Acta de Comité: reunión de comité para seguimiento |
| 16  |                                            |                                                                                                                                                 | Realizar ajustes estratégicos a las metas según evaluación.                                                                                                         | Planeacion Calidad                                             | Porcentaje de metas ajustadas                                                               | Metas ajustadas                                                                                                          | Total de metas evaluadas                                                                        | 80%                                                                    | 0            |   | 1  |                                                                                           |
| 17  |                                            |                                                                                                                                                 | Evaluar el cumplimiento de las metas estratégicas.                                                                                                                  | Planeacion Calidad                                             | Porcentaje de informes trimestrales entregados en tiempo.                                   | Informes entregados en el plazo establecido                                                                              | Total de informes programados                                                                   | 100%                                                                   | 100%         | 1 |    |                                                                                           |
| 18  |                                            | Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004                                                               | Diseñar un sistema de control de plazos de reporte.                                                                                                                 | Planeacion Calidad                                             | Existencia de un sistema de control de plazos.                                              | NA                                                                                                                       | NA                                                                                              | 100%                                                                   | 100%         | 1 |    |                                                                                           |
| 19  |                                            |                                                                                                                                                 | Capacitar a los responsables de generación de reportes.                                                                                                             | Planeacion Calidad                                             | Porcentaje de personas capacitadas                                                          | Número de personas capacitadas.                                                                                          | Total de personas capacitadas en generación de reporte                                          | 100%                                                                   | 100%         | 1 |    |                                                                                           |
| 20  |                                            |                                                                                                                                                 | Verificación periódica del cumplimiento de plazos y requisitos en la entrega de informes regulatorios                                                               | Planeacion Calidad                                             | Porcentaje de alertas de vencimiento implementadas.                                         | Número de alertas de vencimiento implementadas.                                                                          | Cantidad de alertas de vencimiento activadas en el periodo                                      | 100%                                                                   | 100%         | 1 |    |                                                                                           |

|    |  |                                                                                                        |                                                                                                     |                                               |                                                                   |                                                                        |                                                           |                                                                                                            |                       |   |   |                                                                                                                                                                                                     |
|----|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21 |  | Formular proyecto de dotación e infraestructura para complementar los servicios de salud de CEHANI ESE | Diagnóstico de necesidades de infraestructura y dotación.                                           | Gerencia                                      | Existencia de diagnóstico necesidades.                            | NA                                                                     | NA                                                        | Elaborar un diagnóstico actualizado de necesidades de infraestructura y dotación antes del cierre del año. | Diagnostico elaborado | 1 |   |                                                                                                                                                                                                     |
| 22 |  |                                                                                                        | Elaborar y presentar el proyecto de subestación eléctrica al IDSN, para su revisión y aprobación.   | Gerencia                                      | Proyectos elaborados con justificación técnica y financiera.      | Número de proyectos elaborados con justificación técnica y financiera. | Total de proyectos con justificación técnica y financiera | Elaborar al menos un proyecto con justificación técnica y financiera.                                      | 100%                  | 1 |   |                                                                                                                                                                                                     |
| 23 |  |                                                                                                        | Gestión de recursos para la ejecución del proyecto de la planta eléctrica.                          | Gerencia                                      | Porcentaje de recursos gestionados sobre los requeridos.          | Recursos gestionados                                                   | Recursos requeridos                                       | 90%                                                                                                        | 97%                   | 1 |   |                                                                                                                                                                                                     |
| 24 |  |                                                                                                        | Implementación y mantenimiento del sistema de gestión de calidad.                                   | Todos los procesos                            | Porcentaje de avance en la implementación del sistema             | Número de requisitos implementados                                     | Total de requisitos del sistema                           | 100%                                                                                                       | 94.8%                 |   | 1 | Cumplimiento del 95%, pero no se cumple la meta del 100%                                                                                                                                            |
| 25 |  | Certificación de Calidad ISO 9001                                                                      | Auditorías internas y externas para verificación del cumplimiento.                                  | Líderes de los diferentes sistemas de gestión | Cumplimiento del plan de auditorías                               | Número de auditorías realizadas                                        | Número de auditorías programadas                          | 100%                                                                                                       | 100%                  | 1 |   |                                                                                                                                                                                                     |
| 26 |  |                                                                                                        | Seguimiento de la ejecución de planes de mejora                                                     | Planeación y Calidad                          | Número de seguimientos realizados                                 | Número de seguimientos realizados                                      | Total de seguimientos programados                         | 100%                                                                                                       | 100%                  | 1 |   | Se realizan 5 seguimientos a planes de mejoramiento                                                                                                                                                 |
| 27 |  |                                                                                                        | Implementación de mecanismos de seguimiento y mejora.                                               | Control interno                               | Porcentaje de mecanismos implementados                            | Número de mecanismos implementados                                     | Número de mecanismos planificados                         | 75%                                                                                                        | 100%                  | 1 |   |                                                                                                                                                                                                     |
| 28 |  | Cumplimiento del Modelo Estándar de Control Interno                                                    | Capacitación en normatividad y control interno.                                                     | Control interno                               | Número de capacitaciones realizadas                               | Número de capacitaciones ejecutadas                                    | Número de capacitaciones programadas                      | Realizar al menos 5 capacitaciones anuales en normatividad y control interno.                              | 100%                  | 1 |   |                                                                                                                                                                                                     |
| 29 |  |                                                                                                        | Evaluación y verificación periódica del cumplimiento del Modelo Estándar de Control Interno (MECI). | Control interno                               | Porcentaje de cumplimiento del Modelo Estándar de Control Interno | Número de requisitos del MECI cumplidos                                | Total de requisitos evaluados                             | Lograr un cumplimiento mínimo del 90% en la evaluación del MECI.                                           | 85.9%                 |   | 1 | Cumplimiento del 85.9%, no cumple por el valor del indicador del 90%                                                                                                                                |
| 30 |  |                                                                                                        | Implementación de herramientas de planeación estratégica.                                           | Planeación                                    | Porcentaje de herramientas implementadas                          | Número de herramientas implementadas                                   | Total de herramientas planificadas                        | 82%                                                                                                        | 100%                  | 1 |   | Desarrollo de herramienta FURAG para el desarrollo de los componentes                                                                                                                               |
| 31 |  | Cumplimiento al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)                                        | Evaluación y mejora continua del desempeño institucional.                                           | Planeación                                    | Índice de mejora en el desempeño institucional                    | Valor actual del desempeño - Valor anterior del desempeño              | Valor anterior del desempeño                              | Mejorar el desempeño institucional en al menos un 10% anual.                                               | 72.8%                 | 1 |   | Valor de la vigencia 2024                                                                                                                                                                           |
| 32 |  |                                                                                                        | Monitoreo y evaluación del cumplimiento de los lineamientos del MIPG.                               | Procesos responsables                         | Porcentaje de cumplimiento del MIPG.                              | Número de criterios del MIPG cumplidos                                 | Total de criterios evaluados                              | Alcanzar un cumplimiento mínimo del 90% en la evaluación del MIPG.                                         | 72.8%                 |   | 1 |                                                                                                                                                                                                     |
| 33 |  | Cumplimiento del Sistema de Gestión Ambiental bajo la norma ISO 14001:2015                             | Implementación de buenas prácticas ambientales.                                                     | Planeación                                    | Número de buenas prácticas implementadas                          | Número de prácticas ambientales ejecutadas                             | Número de prácticas ambientales programadas               | Implementar al menos 5 nuevas prácticas ambientales al año.                                                | 100%                  | 1 |   | Se implementan 5 practicas ambientales                                                                                                                                                              |
| 34 |  |                                                                                                        | Monitoreo y control del impacto ambiental.                                                          | Planeación                                    | Porcentaje de monitoreo ambiental realizado                       | Número de actividades de monitoreo realizadas                          | Número total de actividades programadas                   | 86% de las actividades de monitoreo y control ambiental cumplidas.                                         | 100%                  | 1 |   |                                                                                                                                                                                                     |
| 35 |  |                                                                                                        | Identificación y mitigación de riesgos ambientales.                                                 | Planeación                                    | Porcentaje de riesgos ambientales mitigados                       | Número de riesgos mitigados                                            | Número de riesgos identificados                           | Mitigar al menos el 68% de los riesgos ambientales identificados.                                          | 83%                   | 1 |   |                                                                                                                                                                                                     |
| 36 |  | Gestión Integrada de Riesgos y Seguridad                                                               | Formación y sensibilización en prácticas sostenibles.                                               | Planeación                                    | Número de capacitaciones en sostenibilidad realizadas             | Número de sesiones de formación ejecutadas                             | Número de sesiones de formación programadas               | Realizar al menos 4 capacitaciones anuales en prácticas sostenibles.                                       | 100%                  | 1 |   |                                                                                                                                                                                                     |
| 37 |  |                                                                                                        | Monitoreo y evaluación de la implementación de estrategias de mitigación ambiental.                 | Planeación                                    | Cumplimiento de estrategias de mitigación ambiental implementadas | Número de estrategias de mitigación ambientales                        | Número total de estrategias planeadas                     | Lograr un cumplimiento del 90% o más de las estrategias planificadas en un periodo anual.                  | 100%                  | 1 |   |                                                                                                                                                                                                     |
| 38 |  |                                                                                                        | Diagnóstico y cumplimiento de estándares SG-SST.                                                    | SG-SST                                        | Nivel de cumplimiento de estándares SG-SST                        | Número de estándares cumplidos                                         | Total de estándares aplicables                            | 60%                                                                                                        | 80.50%                | 1 |   |                                                                                                                                                                                                     |
| 39 |  | Autoevaluación de Estándares Mínimos SG-SST                                                            | Capacitación y fortalecimiento de la cultura de seguridad laboral.                                  | SG-SST                                        | Número de capacitaciones en seguridad laboral realizadas          | Número de capacitaciones ejecutadas                                    | Número de capacitaciones programadas                      | Realizar al menos 6 capacitaciones anuales en seguridad laboral.                                           | 94%                   | 1 |   |                                                                                                                                                                                                     |
| 40 |  |                                                                                                        | Auditoría interna y verificación del cumplimiento de estándares mínimos del SG-SST.                 | SG-SST                                        | Nivel de cumplimiento de estándares mínimos del SG-SST            | Número de estándares cumplidos                                         | Número total de estándares evaluados                      | Nivel de cumplimiento de estándares mínimos del SG-SST                                                     | 96%                   | 1 |   |                                                                                                                                                                                                     |
| 41 |  |                                                                                                        | Implementación de estrategias para mejorar la satisfacción y bienestar de los empleados.            | Talento Humano                                | Índice de satisfacción del personal                               | Puntaje actual de satisfacción - Puntaje anterior de satisfacción      | Puntaje anterior de satisfacción                          | Aumentar la satisfacción del personal en al menos un 5% anual.                                             | 6%                    | 1 |   | Porcentaje año 2024 =94%<br>Porcentaje año 2025 = 100%                                                                                                                                              |
| 42 |  | Fortalecimiento del Clima Laboral                                                                      | Evaluación periódica del ambiente laboral y clima organizacional.                                   | Talento Humano                                | Nivel de satisfacción con el clima organizacional                 | Número de empleados satisfechos                                        | Total de empleos encuestados                              | Lograr al menos un 80% de satisfacción en el clima organizacional.                                         | 82%                   | 1 |   | Valor de 3.8 en la encuesta de clima laboral. 40 trabajadores satisfechos de 49 en clima laboral                                                                                                    |
| 43 |  |                                                                                                        | Ejecución de programas de formación y actualización para el personal.                               | Talento Humano                                | Porcentaje de formación ejecutada                                 | Número de programas de formación ejecutados                            | Número total de programas planificados                    | Ejecutar al menos el 90% de los programas de formación anuales.                                            | 98%                   | 1 |   |                                                                                                                                                                                                     |
| 44 |  | Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitaciones                                                  | Medición del impacto de la capacitación en el desempeño laboral.                                    | Talento Humano                                | Variación en el desempeño post-capacitación                       | Índice de desempeño post-capacitación - Índice de desempeño previo     | Índice de desempeño previo                                | Mejorar el desempeño laboral en al menos un 10% tras las capacitaciones.                                   | 99%                   |   | 1 | Se evaluó la satisfacción post-capacitación, sin embargo no se evaluó el pre, por lo cual no se puede hacer el análisis del indicador de impacto. Se desarrolló 148 evaluaciones a 150 trabajadores |
| 45 |  |                                                                                                        | Monitoreo del cumplimiento de ejecución del cronograma de capacitaciones institucional              | Talento Humano                                | Porcentaje cumplimiento                                           | Número de capacitación realizadas en el periodo                        | Número de capacitación programadas en el periodo          | Cumplimiento del 90% del cronograma de capacitaciones                                                      | 98%                   | 1 |   |                                                                                                                                                                                                     |



|    |  |                                                        |                                                                                         |                                            |                                                                       |                                                         |                                                 |                                                                                                         |       |                                |    |                                                                                            |
|----|--|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 |  |                                                        | Implementación de estrategias para el bienestar y motivación de los empleados.          | Talento Humano                             | Nivel de satisfacción con las estrategias de bienestar                | Número de empleados satisfechos con las estrategias     | Total de empleados                              | Alcanzar al menos un 75% de satisfacción con las estrategias implementadas.                             | 82%   | 1                              |    | 40 trabajadores satisfechos de 49, en bienestar laboral                                    |
| 47 |  | Cumplimiento del Plan de Bienestar Social e Incentivos | Evaluación de la satisfacción del personal con los programas de bienestar.              | Talento Humano                             | Porcentaje de satisfacción con los programas de bienestar             | Número de empleados satisfechos con los programas       | Total de empleados encuestados                  | Lograr al menos un 80% de satisfacción con los programas de bienestar.                                  | 82%   | 1                              |    | 40 trabajadores satisfechos de 49, en bienestar laboral                                    |
| 48 |  |                                                        | Monitoreo del cumplimiento de las ejecución de las estrategias implementadas            | Talento Humano                             | Porcentaje de cumplimiento de las estrategias                         | Número de estrategias ejecutadas en el periodo          | Número de estrategias programadas en el periodo | Lograr el 90% de cumplimiento de las estrategias                                                        | 94%   | 1                              |    |                                                                                            |
| 49 |  |                                                        | Optimización de la agenda de citas pediátricas.                                         | Atención al Usuario                        | Porcentaje de citas atendidas en el tiempo programado                 | Número de citas atendidas en el tiempo programa         | total de citas agendadas                        | 95% de citas atendidas en el tiempo programado.                                                         |       |                                | 1  | Pediatría 4 días<br>Otras citas 7.5 días<br>No se mide el indicador acorde a lo solicitado |
| 50 |  | Oportunidad en la atención de consultas de pediatría   | Fortalecimiento del sistema de asignación de citas.                                     | Atención al Usuario                        | Índice de eficiencia en la asignación de citas                        | Número de citas asignadas dentro del tiempo estándar    | Número total de solicitudes de citas            | Lograr que al menos el 90% de las citas sean asignadas dentro del tiempo establecido                    | 73%   |                                | 1  |                                                                                            |
| 51 |  |                                                        | Monitoreo del tiempo de espera en consulta.                                             | Atención al Usuario                        | Tiempo promedio de espera en consulta                                 | Sumatoria tiempo de espera de pacientes                 | Total de pacientes atendidos                    | Mantener el tiempo de espera en consulta por debajo de 20 minutos.                                      | 0     |                                | 1  |                                                                                            |
| 52 |  |                                                        | Evaluación periódica del tiempo de asignación de citas para el servicio de pediatría.   | Atención al Usuario                        | Promedio de tiempo de espera para la asignación de citas en pediatría | Sumatoria de días entre solicitud y asignación de citas | Total de citas asignadas                        | Reducir el tiempo de espera a menos de 5 días (según normativa o estándar institucional)                | 0     |                                | 1  |                                                                                            |
| 53 |  |                                                        | Diagnóstico de necesidades de nuevos servicios de salud                                 | Subgerencia técnica                        | Porcentaje de diagnóstico realizado                                   | N° de diagnósticos realizados                           | N° de diagnósticos programados                  | 100% de diagnósticos programados realizados                                                             | 4.51  | 1                              |    |                                                                                            |
| 54 |  |                                                        | Gestión de recursos financieros y tecnológicos para la habilitación de nuevos servicios | Subgerencia técnica                        | Porcentaje de recursos gestionados                                    | N° de recursos gestionados                              | N° de recursos requeridos                       | 90% de recursos gestionados                                                                             | 0     |                                | 1  |                                                                                            |
| 55 |  |                                                        | Adecuación y dotación de infraestructura según normativas vigentes                      | Subgerencia técnica                        | Porcentaje de infraestructura habilitada                              | N° de áreas habilitadas                                 | N° de áreas planificadas                        | 100% de áreas planificadas habilitadas                                                                  | 100%  | 1                              |    | 20 consultorios, 1 sala de cirugía y 1 procedimientos                                      |
| 56 |  |                                                        | Capacitación del personal en nuevos servicios habilitados                               | Subgerencia técnica                        | Número de capacitaciones realizadas                                   | Número de capacitaciones realizadas                     | Total de capacitaciones programadas             | Mínimo 1 capacitaciones por servicio nuevo                                                              | 0     |                                | 1  |                                                                                            |
| 57 |  |                                                        | Monitoreo y evaluación del impacto de los nuevos servicios                              | Subgerencia técnica                        | Nivel de satisfacción y cobertura de los nuevos servicios             | Número de usuarios atendidos por los nuevos servicios.  | Número total de usuarios potenciales            | Lograr una cobertura del 85% o más en la población objetivo y alcanzar un nivel de satisfacción del 90% | 0     |                                | 1  |                                                                                            |
| 58 |  |                                                        | Actualización y difusión de guías de atención en todas las áreas médicas                | Comité de Calidad y Seguridad del Paciente | Porcentaje de guías actualizadas y difundidas                         | N° de guías actualizadas                                | N° de guías vigentes                            | 100% de guías actualizadas y difundidas                                                                 | 90%   | 1                              |    |                                                                                            |
| 59 |  |                                                        | Capacitación del personal en guías de atención actualizadas                             | Comité de Calidad y Seguridad del Paciente | Porcentaje de personal capacitado en guías de atención                | N° de trabajadores capacitados                          | N° total de trabajadores                        | 95% del personal capacitado                                                                             | 70%   | 1                              |    |                                                                                            |
| 60 |  |                                                        | Auditoría del cumplimiento de guías en la atención médica                               | Comité de Calidad y Seguridad del Paciente | Porcentaje de cumplimiento de guías en atención médica                | N° de atenciones que cumplen la guía                    | N° total de atenciones evaluadas                | ≥ 90% de adherencia                                                                                     | 93%   | 1                              |    |                                                                                            |
| 61 |  |                                                        | Evaluación de impacto en la calidad del servicio tras la aplicación de las guías        | Comité de Calidad y Seguridad del Paciente | Nivel de satisfacción del paciente con la atención recibida           | N° de pacientes satisfechos                             | N° total de pacientes encuestados               | ≥ 85% de satisfacción                                                                                   | 92.8% | 1                              |    |                                                                                            |
|    |  |                                                        |                                                                                         |                                            |                                                                       |                                                         |                                                 |                                                                                                         |       | TOTAL                          | 44 | 17                                                                                         |
|    |  |                                                        |                                                                                         |                                            |                                                                       |                                                         |                                                 |                                                                                                         |       | Número de acciones programadas | 61 |                                                                                            |

|                                                                                                        |                                             |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <br>NIT 891200638 - 1 | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                        |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                        | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

# INDICADORES ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

|                                                                                                        |                                             |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <br>NIT 891200638 - 1 | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                        |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                        | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

## INDICADOR 4

### RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

Teniendo en cuenta que el indicador No 4 se evalúa la adopción del plan de saneamiento fiscal y financiero, se menciona que en el momento la institución socializo el programa de saneamiento fiscal y financiera. para lo cual el día 20 de diciembre de 2025 se reunió de manera extraordinaria y de acuerdo a acta 007 se evidencia que fue socializado las 13 medidas propuestas y su impacto en el escenario financiero el cual tiene un horizonte de duración del programa de 4 años.

En el momento el programa se encuentra radicado en el IDSN para su radicación ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

| <b>FORMULA</b>                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADOPCION DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO                                                |
| <b>RESULTADO</b>                                                                                        |
| Acto administrativo mediante el cual se adoptó el programa de saneamiento fiscal y financiero de la ESE |
| <b>ANEXOS</b>                                                                                           |
| Acta de aprobación del Programa de Saneamiento fiscal y financiero del 21 de julio de 2025              |

|                                                                                                                                                                                          |                                             |                                             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|--|
| <br><b>CEHANI</b><br><small>Comunidad Educativa del Huasteco</small><br><small>NO PROFESORES - 1</small> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-002                          |  |
|                                                                                                                                                                                          |                                             | Fecha de aprobación:<br>21 de junio de 2023 |  |
|                                                                                                                                                                                          | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                      | Versión: 2                                  |  |
|                                                                                                                                                                                          |                                             | Página: 1 de 2                              |  |

|                                                                                                               |                                                |     |      |              |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----|------|--------------|------------|
| Nombre de la Reunión: Socialización e Información de los<br>cargos correspondientes al año 2025               | Fecha                                          |     |      | Hora Inicial | Hora Final |
|                                                                                                               | Día                                            | Mes | Año  |              |            |
| Información detallada de los cargos, indicando los periodos<br>a reportar y los responsables de cada proceso. | 21                                             | 07  | 2025 | 8:15 am      | 9:15 am    |
| Lugar de la<br>Reunión:                                                                                       | Se informa por medio de WhatsApp Institucional |     |      | No.<br>ACTA  | 1          |

| INTEGRANTES |                          |                           | ASISTENCIA |    | JUSTIFICACION |    |
|-------------|--------------------------|---------------------------|------------|----|---------------|----|
| No          | Nombre                   | Cargo / Rol               | SI         | NO | SI            | NO |
| 1           | AMANDA LILIANA VIVEROS   | GERENTE                   | X          |    |               |    |
| 2           | NIDIAN AMANDA MENDOZA    | SUBGERENTE ADMINISTRATIVA | X          |    |               |    |
| 3           | MARIA DEL MAR GUERRERO   | JURIDICA                  | X          |    |               |    |
| 4           | CATHERINE AVILES VILLOTA | CONTABILIDAD              | X          |    |               |    |
| 5           | CARLOS ERAZO             | GAF                       | X          |    |               |    |
| 6           | AMALIA ROSERO            | PRESUPUESTO               | X          |    |               |    |
| 7           | ANDRES BOLAÑOS           | TESORERO                  | X          |    |               |    |
| 8           | ANGIE PAZOS              | TALENTO HUMANO            | X          |    |               |    |
| 9           | ANA MILENA ARROYO        | PLANEACION                | X          |    |               |    |

| ORDEN DEL DÍA |                                                                                                            |              |                       |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|
| No.           | TEMÁTICA                                                                                                   | TIEMPO (min) | RESPONSABLE           |
| 1             | Información detallada de los cargos, indicando los periodos a reportar y los responsables de cada proceso. | 1 HORA       | NIDIAN AMANDA MENDOZA |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RESUMEN DE LA REUNIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>Siendo las 8:15 a. m. del día 21 de julio de 2025, se permite informar y socializar, a través del medio de comunicación WhatsApp, la información detallada relacionada con los informes que deberán ser cargados, correspondientes al año 2025.</p> <p>En este sentido, se comparte la descripción de los requerimientos, lineamientos y plazos establecidos para el adecuado diligenciamiento y cargue de dichos informes, con el fin de garantizar el cumplimiento de las disposiciones y procesos definidos.</p> |







|                                                                                   |                                             |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                   |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

## INDICADOR 5

### EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO

Para realizar el análisis de la evolución del gasto por UVR (Unidad de Valor Relativo) según la Resolución 408 de 2018, es necesario contrastar el comportamiento del gasto de funcionamiento y operación frente a la producción institucional de CEHANI E.S.E. entre los años 2024 y 2025.

Variables de Cálculo (Resolución 408 de 2018)

Para determinar el indicador de gasto por UVR, se consideran los valores de gasto de funcionamiento, operación comercial y prestación de servicios divididos por la producción equivalente en UVR.

| Variable                                  | Año 2024       | Año 2025       |
|-------------------------------------------|----------------|----------------|
| <b>Gasto (Funcionamiento + Operación)</b> | 31.244,45      | 16.274,50      |
| <b>Gasto de Personal por UVR</b>          | \$\18.838,23\$ | \$\9.517,34\$  |
| <b>Producción Equivalente UVR</b>         | \$373.264,81\$ | \$734.990,44\$ |

El análisis financiero de estos datos revela una tendencia positiva en la eficiencia del gasto institucional:

- **Incremento en la Producción:** Se observa un aumento significativo en la producción equivalente, pasando de **373.264,81** UVR en 2024 a **734.990,44** UVR en 2025. Esto representa un crecimiento del **96,9%** en la capacidad resolutoria medida por UVR.
- **Reducción del Gasto Unitario:** A pesar del aumento en la producción, el gasto de funcionamiento y operación por cada UVR producida disminuyó de **\$31.244,45** a **\$16.274,50**. Esta reducción del **47,9%** indica una optimización en el uso de los recursos para generar servicios.
- **Eficiencia en el Talento Humano:** El gasto de personal por UVR también experimentó una reducción drástica, bajando de **\$18.838,23** a **\$9.517,34**. Esto sugiere que la institución logró casi duplicar su producción sin un incremento proporcional en los costos de personal, mejorando el indicador de productividad laboral bajo los estándares de la Resolución 408.

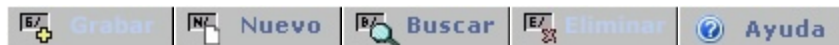
|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

| <b>FORMULA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en vigencia objeto de evaluación /número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) / (Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en vigencia anterior) /número de UVR producidas en la vigencia anterior)) |
| <b>APLICACIÓN DE LA FORMULA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 16274.5 / 31244.45                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>RESULTADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 0.52                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>ANEXOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| FICHA TECNICA DE SIHO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |



|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

# SOORTE INDICADOR 5 FICHA TECNICA SIHO



## FICHA TÉCNICA

### 5200100107 - CEHANI ESE DE PASTO - (NARIÑO)

#### CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO

| Variable                                                                                      | Calificación                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Año 2025 Resolución 1122 (con información cierre año 2024)                                    | PSFF en trámite de viabilidad |
| Año 2024 Resolución 980 (con información cierre año 2023)                                     | Riesgo Alto                   |
| Año 2023 Resolución 851 (con información cierre año 2022)                                     | Riesgo bajo                   |
| 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)                                    | Sin riesgo                    |
| Año 2018 Resolución 2249 (con información cierre año 2017)                                    | Riesgo bajo                   |
| Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)                                    | Riesgo bajo                   |
| 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)                                    | Riesgo bajo                   |
| Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)                                    | Riesgo bajo                   |
| Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)                                    | Riesgo bajo                   |

#### PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

| Variable                                                               | 2024   | 2025   |
|------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| Camas de hospitalización                                               | 0      | 0      |
| Total de egresos                                                       | 0      | 0      |
| Porcentaje Ocupacional                                                 | 0      | 0      |
| Promedio Dias Estancia                                                 | 0      | 0      |
| Giro Cama                                                              | 0      | 0      |
| Consultas Electivas                                                    | 16.314 | 28.743 |
| Consultas de medicina general urgentes realizadas                      | 0      | 0      |
| Consultas de medicina especializada urgentes realizadas                | 0      | 0      |
| Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)           | 1.911  | 4.176  |
| Numero de partos                                                       | 0      | 0      |
| % Partos por cesárea                                                   |        |        |
| Exámenes de laboratorio                                                | 3.555  | 2.015  |
| Número de imágenes diagnósticas tomadas                                | 8.637  | 11.146 |
| Dosis de biológico aplicadas                                           | 0      | 0      |
| Citologías cervicovaginales tomadas                                    | 0      | 0      |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo) | 0      | 0      |

|                            |            |            |
|----------------------------|------------|------------|
| Producción Equivalente UVR | 373.264,81 | 734.990,44 |
|----------------------------|------------|------------|

## 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                                                                                                                          | 2024   | 2025  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|
| % pacientes atendidos por urgencias remitidos                                                                                     |        |       |
| Razón Pacientes remitidas para atencion de parto por partos atendidos                                                             |        |       |
| Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).                      |        |       |
| Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018) |        |       |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)           |        |       |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general                                                       |        |       |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)           |        |       |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)                  | 10,543 | 4,257 |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología                                                               |        |       |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)                |        |       |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general                                                           |        |       |
| Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias                     |        |       |
| Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS                                                                       | 0,87   | 0,928 |

## PLANTA DE PERSONAL

| Variable                                    | 2024 | 2025 |
|---------------------------------------------|------|------|
| Total Cargos Planta de Personal (Provistos) | 50   | 49   |
| Empleados Públicos                          | 12   | 31   |
| Trabajadores Oficiales                      | 0    | 0    |

|                                   |    |    |
|-----------------------------------|----|----|
| Libre Nombramiento y Periodo Fijo | 27 | 8  |
| Planta Temporal                   | 11 | 10 |

## GASTO COMPROMETIDO (miles de pesos corrientes)

| Variable                                      | 2024          | 2025          |
|-----------------------------------------------|---------------|---------------|
| Gastos Total Comprometido Excluye CxP         | 12.333.956,74 | 13.491.667,32 |
| Gasto de Funcionamiento                       | 9.506.432,49  | 8.532.365,16  |
| Gastos de Personal                            | 7.031.648,19  | 6.995.156,48  |
| Gasto de Personal de Planta                   | 3.241.271,63  | 3.375.807,24  |
| Servicios Personales Indirectos               | 3.790.376,56  | 3.619.349,24  |
| Gasto de Sueldos                              | 1.538.671,77  | 1.852.186,27  |
| Gastos Generales                              | 2.365.784,29  | 1.537.208,68  |
| Gastos de Operación y Prestación de Servicios | 2.156.020,16  | 3.429.235,86  |
| Otros Gastos                                  | 780.504,1     | 1.530.066,3   |
| Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores        | 1.538.764,34  | 2.761.234,08  |
| Gastos Totales con Cuentas por Pagar          | 13.872.721,08 | 16.252.901,41 |

## INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)

| Variable                                                                     | 2024          | 2025          |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| Ingreso Total Reconocido Excluye CxC                                         | 14.902.741,86 | 17.303.316,17 |
| Total Venta de Servicios                                                     | 13.238.528,21 | 15.393.311,56 |
| .....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda | 0             | 0             |
| .....Régimen Subsidiado                                                      | 10.024.356,51 | 12.951.535,13 |
| .....Régimen Contributivo                                                    | 1.692.929,98  | 1.879.830,57  |
| Otras ventas de servicios                                                    | 1.521.241,72  | 561.945,87    |
| Aportes                                                                      | 0             | 1.850.341,51  |
| Otros Ingresos                                                               | 1.664.213,65  | 59.663,09     |
| Cuentas por cobrar Otras vigencias                                           | 2.784.618,64  | 5.658.513,28  |
| Ingreso Total Reconocido                                                     | 17.687.360,5  | 22.961.829,45 |

## INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos corrientes)

| Variable                                                                     | 2024          | 2025          |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)                                        | 7.757.204,74  | 9.753.295,03  |
| Total Venta de Servicios                                                     | 6.098.808,39  | 7.843.291,34  |
| .....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda | 0             | 0             |
| .....Régimen Subsidiado                                                      | 5.624.365,04  | 6.672.633,26  |
| .....Régimen Contributivo                                                    | 396.288,76    | 710.704,82    |
| Otras ventas de servicios                                                    | 78.154,59     | 459.953,27    |
| Aportes                                                                      | 0             | 1.850.341,51  |
| Otros Ingresos                                                               | 1.658.396,35  | 59.662,18     |
| Cuentas por cobrar Otras vigencias                                           | 2.784.618,64  | 5.658.513,28  |
| Ingreso Total Recaudado                                                      | 10.541.823,38 | 15.411.808,31 |

## RECAUDADOS / RECONOCIMIENTOS

| Variable | 2024 | 2025 |
|----------|------|------|
|----------|------|------|

|                                                                              |       |       |
|------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| % de recaudos / reconocimientos                                              | 52,05 | 56,37 |
| Total Venta de Servicios                                                     | 46,07 | 50,95 |
| .....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda |       |       |
| .....Régimen Subsidiado                                                      | 56,11 | 51,52 |
| .....Régimen Contributivo                                                    | 23,41 | 37,81 |
| Otras ventas de servicios                                                    | 5,14  | 81,85 |
| Aportes                                                                      |       | 100   |
| Otros Ingresos                                                               | 99,65 | 100   |
| Cuentas por cobrar Otras vigencias                                           | 100   | 100   |

## EQUILIBRIO Y EFICIENCIA

| Variable                                                                                                                           | 2024      | 2025      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Equilibrio presupuestal con reconocimiento                                                                                         | 1,27      | 1,41      |
| Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)                                                   | 0,76      | 0,95      |
| Equilibrio presupuestal con reconocimiento ( Sin CXC y CXP)                                                                        | 1,21      | 1,28      |
| Equilibrio presupuestal con recaudo ( Sin CXC y CXP)                                                                               | 0,63      | 0,72      |
| Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)                                                                    | 35.466,85 | 20.943,55 |
| Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 31.244,45 | 16.274,5  |
| Gasto de personal por UVR (\$)                                                                                                     | 18.838,23 | 9.517,34  |

## CARTERA DEUDORES (miles de pesos corrientes)

| Variable                     | 2024         | 2025          |
|------------------------------|--------------|---------------|
| Total Cartera                | 7.234.702,05 | 12.513.482,11 |
| < 60 días                    | 1.527.539,49 | 2.432.566,45  |
| 61 a 360 días                | 2.749.617,34 | 5.173.994,09  |
| > 360 días                   | 2.957.545,22 | 4.906.921,57  |
| Régimen Subsidiado           | 4.921.554,08 | 9.303.464,26  |
| < 60 días                    | 1.015.653,42 | 1.989.282,62  |
| 61 a 360 días                | 2.126.917,17 | 4.289.619,26  |
| > 360 días                   | 1.778.983,49 | 3.024.562,39  |
| Población Pobre No Asegurada | 0            | 0             |
| < 60 días                    | 0            | 0             |
| 61 a 360 días                | 0            | 0             |
| > 360 días                   | 0            | 0             |
| Régimen Contributivo         | 1.647.691,94 | 2.409.557,39  |
| < 60 días                    | 423.626,74   | 343.476,42    |
| 61 a 360 días                | 509.697,17   | 825.649,33    |
| > 360 días                   | 714.368,04   | 1.240.431,64  |
| SOAT ECAT                    | 0            | 0             |
| < 60 días                    | 0            | 0             |
| 61 a 360 días                | 0            | 0             |
| > 360 días                   | 0            | 0             |

|                |            |            |
|----------------|------------|------------|
| Otros Deudores | 665.456,03 | 800.460,46 |
| < 60 días      | 88.259,34  | 99.807,41  |
| 61 a 360 días  | 113.003    | 58.725,51  |
| > 360 días     | 464.193,69 | 641.927,54 |

PASIVOS (miles de pesos corrientes)

| Variable                | 2024          | 2025          |
|-------------------------|---------------|---------------|
| TOTAL PASIVO            | 14.530.394,81 | 15.487.636,27 |
| ...SERVICIOS PERSONALES | 2.838.597,59  | 1.941.315,45  |
| Otros Acreedores        | 11.691.797,22 | 13.546.320,82 |

Información del año 2025 en proceso de verificación y certificación.

 Grabar

 Nuevo

 Buscar

 Eliminar

 Ayuda

|                                                                                                      |                                                 |                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <br>NIT 891200638-1 | <b>PROCESOS GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b> | Código: FR-GSI-051                                           |
|                                                                                                      | <b>CERTIFICACION</b>                            | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024<br><br>Versión: 4 |

## CERTIFICADO DE COMPRAS CONJUNTAS

La sociedad GRUPO FIANZA S.A.S., en su calidad de Revisor Fiscal de la CEHANI ESE, identificada con NIT 891200638-1, en ejercicio de las funciones legales y estatutarias que le son propias, y a través de su delegado,

DANIEL ALEJANDRO GUERRERO BENAVIDES, Contador Público, identificado como aparece al pie de su firma,

### CERTIFICA QUE:

Con base en la información financiera, contable y administrativa suministrada por la administración de la entidad, así como en los procedimientos de verificación selectiva aplicados en el marco de la Revisoría Fiscal, se evidenció que durante la vigencia fiscal comprendida entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025:

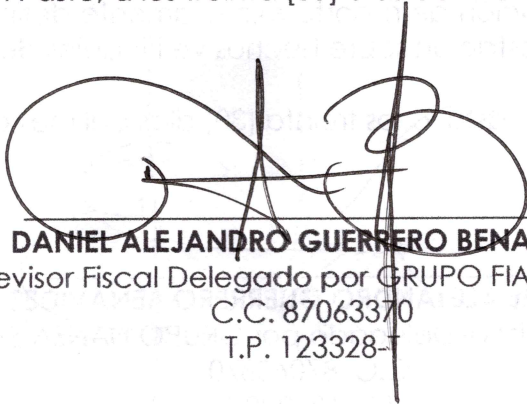
- La entidad no realizó compras conjuntas,
- No efectuó compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado, y
- No adelantó procesos de adquisición mediante mecanismos electrónicos de compra.

La presente certificación se expide con fundamento en los registros y soportes disponibles, en atención a solicitud expresa de la ESE, para los fines que esta estime pertinentes.

Se deja constancia de que esta certificación se emite en el marco de las funciones de verificación y aseguramiento de información propias de la Revisoría Fiscal, sin que constituya una obligación de reporte expresamente definida en la normativa vigente, sino como manifestación sobre hechos verificables del periodo evaluado.

En constancia se firma en Pasto, a los treinta [30] días del mes de marzo de 2026.

Atentamente,

  
**DANIEL ALEJANDRO GUERRERO BENAVIDES**  
 Revisor Fiscal Delegado por GRUPO FIANZA SAS  
 C.C. 87063370  
 T.P. 123328-1

|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

# SOORTE INDICADOR 6 CERTIFICADO REVISOR FISCAL



|                                                                                   |                                             |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                   |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

## INDICADOR 6

### PROPORCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICA ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: COMPRAS CONJUNTAS, COMPRAS A TRAVES DE COOPERATIVAS DE E.S.E Y/O MEDIOS ELECTRONICOS

En lo referente a la gestión de suministros y la logística hospitalaria durante el periodo evaluado, es pertinente informar que el CEHANI E.S.E. no realizó adquisiciones de medicamentos, dispositivos médicos o insumos hospitalarios mediante mecanismos de compras conjuntas o a través de medios electrónicos. Esta decisión administrativa implica que la entidad optó por procesos de contratación individuales, los cuales permiten una selección de proveedores de acuerdo al manual de procesos de la entidad.

No obstante, es fundamental resaltar que la ausencia de uso de mecanismos de compra centralizada no eximió a la entidad de sus deberes de transparencia y publicidad. Por el contrario, la institución fortaleció su gestión administrativa al realizar la totalidad de sus procesos de publicación y contratación a través de la plataforma transaccional SECOP II. Este ejercicio garantiza que la actividad contractual del CEHANI cuente con una trazabilidad completa, permitiendo el control social y de los entes de vigilancia en tiempo real, lo que blinda la gestión gerencial bajo los principios de eficiencia y responsabilidad fiscal.

| FORMULA                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: Compras conjuntas Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado Compras a través de mecanismos electrónicos |
| RESULTADO                                                                                                                                                                                                                             |
| 0                                                                                                                                                                                                                                     |
| ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                |
| Certificación por Revisor Fiscal                                                                                                                                                                                                      |

|                                                                                                        |                                             |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <br>NIT 891200638 - 1 | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                        |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                        | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

## INDICADOR 7

### Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior

De acuerdo con la certificación emitida por la Revisora Fiscal el 26 de marzo de 2026, el análisis del Indicador No. 7 de la Resolución 408 de 2018 para el CEHANI E.S.E. revela una gestión en cuanto a pago de personal altamente positiva durante la vigencia evaluada. Este indicador, que mide el monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y contratación de servicios, registró un saldo de \$1.694.878.918,30 al cierre del 31 de diciembre de 2025. Al contrastar esta cifra con los \$2.872.805.573,05 reportados al finalizar la vigencia 2024, se evidencia una reducción sustancial del pasivo en \$1.177.926.654,75.

Como resultado de este saneamiento financiero, el cálculo del indicador arrojó un valor de -1.44. En el marco de la evaluación de la gestión gerencial, un resultado negativo en este ítem es interpretado como un avance significativo en la eficiencia administrativa, ya que demuestra que la entidad no solo evitó el crecimiento de sus obligaciones en mora, sino que logró amortizar de manera efectiva las deudas de periodos anteriores. Esta tendencia decreciente en las cuentas por pagar fortalece la sostenibilidad institucional y garantiza el cumplimiento de los estándares de calidad financiera exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

| <b>FORMULA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación - Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior |
| <b>APLICACIÓN DE LA FORMULA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| \$1.694.878.918,30 - \$2.872.805.573,05                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>RESULTADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| -\$1.177.926.654,75                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>ANEXOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de contar con revisor fiscal suscrita por el contador que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la formula del indicador, y el cálculo del indicador                                                                                                                                                        |

|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

# SOORTE INDICADOR 7 CERTIFICADO REVISOR FISCAL

|                                                                                                      |                                                 |                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <br>NIT 891200638-1 | <b>PROCESOS GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b> | Código: FR-GSI-051                         |
|                                                                                                      |                                                 | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                                      | <b>CERTIFICACION</b>                            | Versión: 4                                 |

## CERTIFICADO MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIO DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

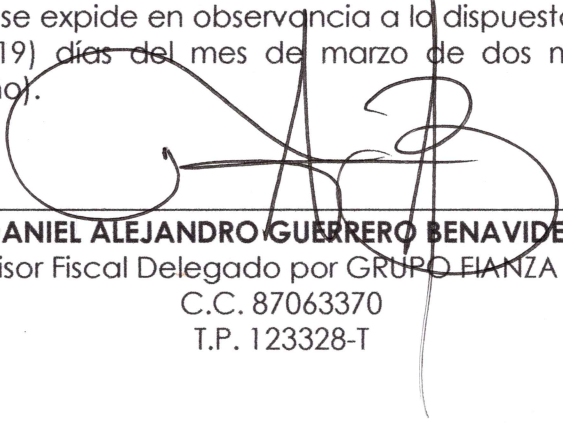
Resolución 408 de 2018, Anexo 2 Indicadores y estándares por áreas de gestión, Financiera y administrativa 40%, número 7.

DANIEL ALEJANDRO GUERRERO BENAVIDES, identificado con cédula de ciudadanía No. 87063370, en mi calidad de REVISOR FISCAL DELEGADO por la firma contable GRUPO FIANZA SAS de CEHANI ESE con NIT No. 891200638-1, manifiesto, que el monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salario del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior, conforme lo establecido en el anexo 2 de la Resolución 408 de 2018, es el siguiente:

| VARIABLES DEL INDICADOR                                                                                                                                                                                    | VALORES<br>(Pesos corrientes) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| (a) Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación (2025) | 1,694,878,918.30              |
| (b) VALOR DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS $b = (c-d)$                                                                                                                                                       | -1,177,926,654.75             |
| (c) Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación (2025) | 1,694,878,918.30              |
| (d) Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior (2024)            | 2,872,805,573.05              |
|                                                                                                                                                                                                            | <b>INDICADOR</b>              |
| RESULTADO (a/b)                                                                                                                                                                                            | -1.44                         |

La presente certificación se expide en observancia a lo dispuesto en la Resolución 408 de 2018 a los diecinueve (19) días del mes de marzo de dos mil veintiséis (2026) en el municipio de Pasto (Nariño).

Atentamente,

  
**DANIEL ALEJANDRO GUERRERO BENAVIDES**  
Revisor Fiscal Delegado por GRUPO FIANZA SAS  
C.C. 87063370  
T.P. 123328-T

|                                                                                   |                                             |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                   |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

## INDICADOR 8

### Utilización de registro individual de prestaciones RIPS

De acuerdo con el seguimiento realizado a las actas de Junta Directiva, la gerencia demostró un cumplimiento en el reporte de esta información, cubriendo la totalidad de la vigencia de la siguiente manera: el informe del primer trimestre fue presentado y aprobado mediante el Acta 003 del 18 de junio de 2025; el segundo trimestre se reportó en el Acta 005 del 22 de septiembre de 2025; y finalmente, los informes correspondientes al tercer y cuarto trimestre (este último con un corte parcial al 30 de noviembre) fueron presentados en el Acta 006 del 13 de diciembre de 2025.

La presentación sistemática de los RIPS ante la Junta Directiva refleja el cumplimiento de un requisito normativo de la Resolución 408 de 2018, donde la gerencia garantiza la trazabilidad de la prestación de servicios y facilita el monitoreo de la calidad asistencial.

| FORMULA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Numero de informes de analisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a junta directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación                                                                                                                                                                      |
| RESULTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Informe de planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de junta directiva que como mínimo contenga fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de junta directiva en las actas que se presentó en el informe |

|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

# SOORTE INDICADOR 8 CERTIFICADO OFICINA PLANEACION



|                                                                                   |                                          |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESOS GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-051                         |
|                                                                                   | CERTIFICACION                            | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                          | Versión: 4                                 |

San Juan de Pasto, 20 de marzo de 2026

**LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD DE CEHANI E.S.E.**

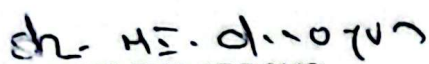
**CERTIFICO:**

Que revisadas las actas de Junta Directiva se pudo evidenciar la presentación de informes de RIPS de la vigencia 2025, por parte de gerencia de CEHANI E.S.E., como se relaciona a continuación:

| FECHA REUNIÓN JUNTA                            | INFORME DE RIPS                                    |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Acta 003 del 2025 del 18 de junio del 2025     | 1 trimestre 2025                                   |
| Acta 005 del 2025 del 22 de septiembre 2025    | 2 trimestre 2025                                   |
| Acta 006 del 2025 del 13 de diciembre del 2025 | 3 trimestre 2025                                   |
| Acta 006 del 2025 del 13 de diciembre del 2025 | 4 trimestre 2025 parcial a 30 de noviembre de 2025 |

Se expide la presente certificación en cumplimiento de la Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y la Protección Social.

Atentamente,

  
ANA MILENA ARROYO

Profesional Universitario  
Oficina Asesora de Planeación y Calidad



|                                                                                   |                                             |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                   |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

## INDICADOR 9

### Equilibrio presupuestal con recaudo

Comparativa de Indicadores (2024 vs. 2025)

| Variable                          | Año 2024 | Año 2025 | Tendencia   |
|-----------------------------------|----------|----------|-------------|
| Equilibrio con reconocimiento     | 1,27     | 1,41     | Mejora (↑)  |
| Equilibrio con recaudo (Efectivo) | 0,76     | 0,95     | Mejora (↑)  |
| Equilibrio sin CXC y CXP          | 1,21     | 1,28     | Estable (↑) |

- **Equilibrio con Reconocimiento:** El indicador de equilibrio basado en reconocimientos (facturación) subió de **1,27 a 1,41**. Esto sugiere que la entidad tiene una capacidad teórica de generar excedentes operativos importantes respecto a sus compromisos de gasto.
- **Equilibrio con recaudo:** El equilibrio con recaudo mejoró significativamente (pasando de **0,76 a 0,95**) esto significa que, en términos de flujo de caja real, el dinero recaudado aún no alcanza a cubrir el 100% de los gastos comprometidos, obligando a la institución a depender de sus cuentas por cobrar.

A pesar de la mejora en los indicadores de equilibrio, existen variables que presionan la estabilidad financiera:

- **Crecimiento de la Cartera:** El total de la cartera de deudores aumentó de **\$7.234 millones** en 2024 a **\$12.513 millones** en 2025. Un **39%** de esta cartera tiene una antigüedad mayor a 360 días (\$4.906 millones), lo que dificulta su recuperación inmediata y afecta la liquidez.
- **Pasivos:** El pasivo total se incrementó ligeramente, situándose en **\$15.487 millones**.

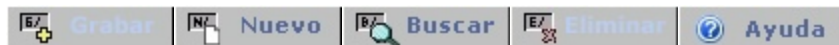
CEHANI presenta un **equilibrio presupuestal técnico sólido (1,41)**, pero un **equilibrio financiero de caja ajustado (0,95)**. La gestión debe enfocarse en aumentar el porcentaje de recaudo sobre lo facturado (que actualmente es del **56,37%**) y en gestionar la cartera morosa para evitar que la falta de liquidez comprometa la operación en el corto plazo.

|                                                                                                        |                                             |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <br>NIT 891200638 - 1 | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                        |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                        | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

| <b>FORMULA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Valor de ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor de recaudo de CxC de vigencias anteriores/ Valor de ejecución de los gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación incluye el valor comprometido de Cx P de vigencias anteriores/</p> |
| <b>RESULTADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 0.95                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>ANEXOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social</p>                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

# SOORTE INDICADOR 9 FICHA TECNICA DE SIHO



## FICHA TÉCNICA

### 5200100107 - CEHANI ESE DE PASTO - (NARIÑO)

#### CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO

| Variable                                                                                      | Calificación                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Año 2025 Resolución 1122 (con información cierre año 2024)                                    | PSFF en trámite de viabilidad |
| Año 2024 Resolución 980 (con información cierre año 2023)                                     | Riesgo Alto                   |
| Año 2023 Resolución 851 (con información cierre año 2022)                                     | Riesgo bajo                   |
| 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)                                    | Sin riesgo                    |
| Año 2018 Resolución 2249 (con información cierre año 2017)                                    | Riesgo bajo                   |
| Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)                                    | Riesgo bajo                   |
| 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)                                    | Riesgo bajo                   |
| Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)                                    | Riesgo bajo                   |
| Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)                                    | Riesgo bajo                   |

#### PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

| Variable                                                               | 2024   | 2025   |
|------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| Camas de hospitalización                                               | 0      | 0      |
| Total de egresos                                                       | 0      | 0      |
| Porcentaje Ocupacional                                                 | 0      | 0      |
| Promedio Dias Estancia                                                 | 0      | 0      |
| Giro Cama                                                              | 0      | 0      |
| Consultas Electivas                                                    | 16.314 | 28.743 |
| Consultas de medicina general urgentes realizadas                      | 0      | 0      |
| Consultas de medicina especializada urgentes realizadas                | 0      | 0      |
| Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)           | 1.911  | 4.176  |
| Numero de partos                                                       | 0      | 0      |
| % Partos por cesárea                                                   |        |        |
| Exámenes de laboratorio                                                | 3.555  | 2.015  |
| Número de imágenes diagnósticas tomadas                                | 8.637  | 11.146 |
| Dosis de biológico aplicadas                                           | 0      | 0      |
| Citologías cervicovaginales tomadas                                    | 0      | 0      |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo) | 0      | 0      |

|                            |            |            |
|----------------------------|------------|------------|
| Producción Equivalente UVR | 373.264,81 | 734.990,44 |
|----------------------------|------------|------------|

## 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                                                                                                                          | 2024   | 2025  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|
| % pacientes atendidos por urgencias remitidos                                                                                     |        |       |
| Razón Pacientes remitidas para atencion de parto por partos atendidos                                                             |        |       |
| Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).                      |        |       |
| Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018) |        |       |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)           |        |       |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general                                                       |        |       |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)           |        |       |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)                  | 10,543 | 4,257 |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología                                                               |        |       |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)                |        |       |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general                                                           |        |       |
| Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias                     |        |       |
| Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS                                                                       | 0,87   | 0,928 |

## PLANTA DE PERSONAL

| Variable                                    | 2024 | 2025 |
|---------------------------------------------|------|------|
| Total Cargos Planta de Personal (Provistos) | 50   | 49   |
| Empleados Públicos                          | 12   | 31   |
| Trabajadores Oficiales                      | 0    | 0    |

|                                   |    |    |
|-----------------------------------|----|----|
| Libre Nombramiento y Periodo Fijo | 27 | 8  |
| Planta Temporal                   | 11 | 10 |

## GASTO COMPROMETIDO (miles de pesos corrientes)

| Variable                                      | 2024          | 2025          |
|-----------------------------------------------|---------------|---------------|
| Gastos Total Comprometido Excluye CxP         | 12.333.956,74 | 13.491.667,32 |
| Gasto de Funcionamiento                       | 9.506.432,49  | 8.532.365,16  |
| Gastos de Personal                            | 7.031.648,19  | 6.995.156,48  |
| Gasto de Personal de Planta                   | 3.241.271,63  | 3.375.807,24  |
| Servicios Personales Indirectos               | 3.790.376,56  | 3.619.349,24  |
| Gasto de Sueldos                              | 1.538.671,77  | 1.852.186,27  |
| Gastos Generales                              | 2.365.784,29  | 1.537.208,68  |
| Gastos de Operación y Prestación de Servicios | 2.156.020,16  | 3.429.235,86  |
| Otros Gastos                                  | 780.504,1     | 1.530.066,3   |
| Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores        | 1.538.764,34  | 2.761.234,08  |
| Gastos Totales con Cuentas por Pagar          | 13.872.721,08 | 16.252.901,41 |

## INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)

| Variable                                                                     | 2024          | 2025          |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| Ingreso Total Reconocido Excluye CxC                                         | 14.902.741,86 | 17.303.316,17 |
| Total Venta de Servicios                                                     | 13.238.528,21 | 15.393.311,56 |
| .....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda | 0             | 0             |
| .....Régimen Subsidiado                                                      | 10.024.356,51 | 12.951.535,13 |
| .....Régimen Contributivo                                                    | 1.692.929,98  | 1.879.830,57  |
| Otras ventas de servicios                                                    | 1.521.241,72  | 561.945,87    |
| Aportes                                                                      | 0             | 1.850.341,51  |
| Otros Ingresos                                                               | 1.664.213,65  | 59.663,09     |
| Cuentas por cobrar Otras vigencias                                           | 2.784.618,64  | 5.658.513,28  |
| Ingreso Total Reconocido                                                     | 17.687.360,5  | 22.961.829,45 |

## INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos corrientes)

| Variable                                                                     | 2024          | 2025          |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)                                        | 7.757.204,74  | 9.753.295,03  |
| Total Venta de Servicios                                                     | 6.098.808,39  | 7.843.291,34  |
| .....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda | 0             | 0             |
| .....Régimen Subsidiado                                                      | 5.624.365,04  | 6.672.633,26  |
| .....Régimen Contributivo                                                    | 396.288,76    | 710.704,82    |
| Otras ventas de servicios                                                    | 78.154,59     | 459.953,27    |
| Aportes                                                                      | 0             | 1.850.341,51  |
| Otros Ingresos                                                               | 1.658.396,35  | 59.662,18     |
| Cuentas por cobrar Otras vigencias                                           | 2.784.618,64  | 5.658.513,28  |
| Ingreso Total Recaudado                                                      | 10.541.823,38 | 15.411.808,31 |

## RECAUDADOS / RECONOCIMIENTOS

| Variable | 2024 | 2025 |
|----------|------|------|
|----------|------|------|

|                                                                              |       |       |
|------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| % de recaudos / reconocimientos                                              | 52,05 | 56,37 |
| Total Venta de Servicios                                                     | 46,07 | 50,95 |
| .....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda |       |       |
| .....Régimen Subsidiado                                                      | 56,11 | 51,52 |
| .....Régimen Contributivo                                                    | 23,41 | 37,81 |
| Otras ventas de servicios                                                    | 5,14  | 81,85 |
| Aportes                                                                      |       | 100   |
| Otros Ingresos                                                               | 99,65 | 100   |
| Cuentas por cobrar Otras vigencias                                           | 100   | 100   |

## EQUILIBRIO Y EFICIENCIA

| Variable                                                                                                                           | 2024      | 2025      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Equilibrio presupuestal con reconocimiento                                                                                         | 1,27      | 1,41      |
| Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)                                                   | 0,76      | 0,95      |
| Equilibrio presupuestal con reconocimiento ( Sin CXC y CXP)                                                                        | 1,21      | 1,28      |
| Equilibrio presupuestal con recaudo ( Sin CXC y CXP)                                                                               | 0,63      | 0,72      |
| Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)                                                                    | 35.466,85 | 20.943,55 |
| Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 31.244,45 | 16.274,5  |
| Gasto de personal por UVR (\$)                                                                                                     | 18.838,23 | 9.517,34  |

## CARTERA DEUDORES (miles de pesos corrientes)

| Variable                     | 2024         | 2025          |
|------------------------------|--------------|---------------|
| Total Cartera                | 7.234.702,05 | 12.513.482,11 |
| < 60 días                    | 1.527.539,49 | 2.432.566,45  |
| 61 a 360 días                | 2.749.617,34 | 5.173.994,09  |
| > 360 días                   | 2.957.545,22 | 4.906.921,57  |
| Régimen Subsidiado           | 4.921.554,08 | 9.303.464,26  |
| < 60 días                    | 1.015.653,42 | 1.989.282,62  |
| 61 a 360 días                | 2.126.917,17 | 4.289.619,26  |
| > 360 días                   | 1.778.983,49 | 3.024.562,39  |
| Población Pobre No Asegurada | 0            | 0             |
| < 60 días                    | 0            | 0             |
| 61 a 360 días                | 0            | 0             |
| > 360 días                   | 0            | 0             |
| Régimen Contributivo         | 1.647.691,94 | 2.409.557,39  |
| < 60 días                    | 423.626,74   | 343.476,42    |
| 61 a 360 días                | 509.697,17   | 825.649,33    |
| > 360 días                   | 714.368,04   | 1.240.431,64  |
| SOAT ECAT                    | 0            | 0             |
| < 60 días                    | 0            | 0             |
| 61 a 360 días                | 0            | 0             |
| > 360 días                   | 0            | 0             |

|                |            |            |
|----------------|------------|------------|
| Otros Deudores | 665.456,03 | 800.460,46 |
| < 60 días      | 88.259,34  | 99.807,41  |
| 61 a 360 días  | 113.003    | 58.725,51  |
| > 360 días     | 464.193,69 | 641.927,54 |

PASIVOS (miles de pesos corrientes)

| Variable                | 2024          | 2025          |
|-------------------------|---------------|---------------|
| TOTAL PASIVO            | 14.530.394,81 | 15.487.636,27 |
| ...SERVICIOS PERSONALES | 2.838.597,59  | 1.941.315,45  |
| Otros Acreedores        | 11.691.797,22 | 13.546.320,82 |

Información del año 2025 en proceso de verificación y certificación.

 Grabar

 Nuevo

 Buscar

 Eliminar

 Ayuda



|                                                                                                        |                                             |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <br>NIT 891200638 - 1 | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                        |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                        | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

## INDICADOR 10

### Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento a la circular única expedida por la superintendencia nacional de salud o la norma que la sustituya

En el marco de la evaluación de la gestión gerencial bajo los parámetros de la Resolución 408 de 2018, se registra el no cumplimiento del Indicador No. 10 por parte del CEHANI E.S.E.

El incumplimiento en este indicador se debió a que la institución no realizó reporte de formato ST006, el cual por parte de la institución no se tenía el conocimiento de su reporte teniendo en cuenta que el mismo no aplicaba.

Como medida correctiva y oportunidad de mejora ante la Junta Directiva, la institución fortalecerá el cronograma de compromisos de reporte, estableciendo alertas tempranas y un seguimiento de validación de datos previo a los vencimientos de la Supersalud. De esta manera, el CEHANI E.S.E. podrá mitigar el riesgo de reportes tardíos en las próximas vigencias.

| FORMULA                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente |
| RESULTADO                                                                    |
| NO CUMPLE                                                                    |
| ANEXOS                                                                       |
| Superintendencia nacional de salud                                           |

|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

# SOORTE INDICADOR 10 CERTIFICADO SUPERSALUD

| Nit       | Clasificación 2025 | Fecha de Clasificación 2025 | Clasificación 2024 | INDICADOR 2   | INDICADOR 10 |
|-----------|--------------------|-----------------------------|--------------------|---------------|--------------|
| 891200638 | Grupo C2           | Julio de 2025               | Grupo C2           | 0,95          | NO CUMPLE    |
| 891200679 | Grupo C1           | Julio de 2025               | Grupo C1           | 0,99          | NO CUMPLE    |
| 891200952 | Grupo D1           | Julio de 2025               | Grupo D1           | 0,90          | CUMPLE       |
| 891201108 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | NO REPORTÓ AT | NO CUMPLE    |
| 891201410 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 1,00          | CUMPLE       |
| 891201845 | Grupo D1           | Julio de 2025               | Grupo D1           | 0,91          | CUMPLE       |
| 891301121 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,94          | NO CUMPLE    |
| 891301447 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 1,00          | NO CUMPLE    |
| 891380046 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 1,00          | NO CUMPLE    |
| 891380055 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 1,00          | NO CUMPLE    |
| 891380070 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 1,00          | NO CUMPLE    |
| 891380103 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 1,00          | NO CUMPLE    |
| 891380184 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,94          | NO CUMPLE    |
| 891401308 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,94          | NO CUMPLE    |
| 891401643 | Grupo D1           | Julio de 2025               | Grupo D1           | 0,92          | NO CUMPLE    |
| 891401777 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 1,00          | NO CUMPLE    |
| 891408747 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 1,00          | NO CUMPLE    |
| 891408918 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,60          | NO CUMPLE    |
| 891409017 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,90          | NO CUMPLE    |
| 891409025 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,93          | NO CUMPLE    |
| 891410661 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,96          | NO CUMPLE    |
| 891411663 | Grupo C2           | Julio de 2025               | Grupo C2           | 0,90          | CUMPLE       |
| 891411665 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 1,00          | NO CUMPLE    |
| 891412126 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,93          | NO CUMPLE    |
| 891412134 | Grupo D1           | Julio de 2025               | Grupo D1           | 0,88          | NO CUMPLE    |
| 891480036 | Grupo D1           | Julio de 2025               | Grupo D1           | 0,92          | CUMPLE       |
| 891500084 | Grupo C2           | Julio de 2025               | Grupo C2           | 0,95          | NO CUMPLE    |
| 891500736 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,96          | NO CUMPLE    |
| 891501104 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | 0,97          | NO CUMPLE    |
| 891501676 | Grupo C1           | Julio de 2025               | Grupo C1           | 0,96          | CUMPLE       |
| 891580002 | Grupo C1           | Julio de 2025               | Grupo C1           | 0,86          | NO CUMPLE    |
| 891600061 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | NO REPORTÓ AT | NO CUMPLE    |
| 891680064 | Grupo D1           | Julio de 2025               | Grupo D2           | NO REPORTÓ AT | NO CUMPLE    |
| 891680065 | Grupo D2           | Julio de 2025               | Grupo D2           | NO REPORTÓ AT | NO CUMPLE    |
| 891780008 | Grupo C2           | Julio de 2025               | Grupo C2           | 0,73          | NO CUMPLE    |
| 891780185 | Grupo C1           | Julio de 2025               | Grupo C1           | 1,00          | NO CUMPLE    |

|                                                                                                        |                                             |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <br>NIT 891200638 - 1 | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                        |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                        | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

## INDICADOR 11

**Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento al decreto 2193 de 2004 complicado 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**

En cuanto al Indicador No. 11 de la Resolución 408 de 2018, el cual evalúa la oportunidad en la entrega de información ante el Ministerio de Salud y Protección Social, se manifiesta que el CEHANI E.S.E. ha dado cumplimiento estricto a esta obligación durante la vigencia evaluada. La entidad garantizó el reporte oportuno de cada uno de los trimestres en la plataforma del sistema de información hospitalaria, cumpliendo con los cronogramas y plazos perentorios definidos por la autoridad nacional. Esta disciplina en el flujo de información no solo asegura la transparencia en la gestión gerencial, sino que permite que la institución se mantenga alineada con las políticas públicas de salud, facilitando el monitoreo de la producción asistencial y financiera sin generar alertas por extemporaneidad o falta de veracidad en los datos reportados.

| FORMULA                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente                                     |
| RESULTADO                                                                                                        |
| Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente en la vigencia objeto de evaluación |
| ANEXOS                                                                                                           |
| Ministerio de Salud y Protección Social                                                                          |

|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

# SOORTE INDICADOR 11 CERTIFICADO MINSALUD

**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 |                                 |
| Meta         | CASTILLA LA NUEVA    | HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                  | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 03/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Meta         | CUBARRAL             | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE CUBARRAL                     | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 03/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Meta         | EL DORADO            | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MUNICIPAL DE EL DORADO                | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 03/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Meta         | FUENTE DE ORO        | HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL E.S.E. FUENTE DE ORO                         | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 03/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Meta         | GRANADA              | Hospital Departamental de Granada - Empresa Social del Estado            | 2     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 03/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Meta         | GRANADA              | ESE PRIMER NIVEL GRANADA SALUD                                           | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 03/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Meta         | GUAMAL               | HOSPITAL LOCAL DE GUAMAL PRIMER NIVEL                                    | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 03/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Meta         | PUERTO LÓPEZ         | HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LOPEZ ESE                                       | 1     | 06/06/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 06/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Meta         | PUERTO RICO          | ESE HSOPITAL NIVEL I PUERTO RICO                                         | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 03/12/2025            | Oportuno                  | 03/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Meta         | RESTREPO             | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE "SOLUCION SALUD" | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 03/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Meta         | SAN CARLOS DE GUAROA | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN CARLOS DE GUAROA         | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 03/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Meta         | SAN MARTÍN           | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS     | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 03/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Nariño       | PASTO                | CEHANI ESE                                                               | 2     | 26/05/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 21/11/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Nariño       | PASTO                | E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO                    | 3     | 30/05/2025            | Oportuno                  | 22/08/2025             | Oportuno                  | 29/11/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Nariño       | PASTO                | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E.                             | 1     | 30/05/2025            | Oportuno                  | 20/08/2025             | Oportuno                  | 29/11/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Nariño       | ALBÁN                | ESE CENTRO DE SALUD SAN JOSE                                             | 1     | 20/05/2025            | Oportuno                  | 20/08/2025             | Oportuno                  | 26/11/2025            | Oportuno                  | 24/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Nariño       | ALDANA               | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DEL PILAR ESE   | 1     | 20/05/2025            | Oportuno                  | 20/08/2025             | Oportuno                  | 29/11/2025            | Oportuno                  | 24/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Nariño       | ANCUYÁ               | CENTRO DE SALUD ANCUYA E.S.E.                                            | 1     | 30/05/2025            | Oportuno                  | 25/08/2025             | Oportuno                  | 27/11/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Nariño       | ARBOLEDA             | E.S.E CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL                                         | 1     | 20/05/2025            | Oportuno                  | 20/08/2025             | Oportuno                  | 02/12/2025            | Oportuno                  | 24/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Nariño       | BARBACOAS            | E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE BARBACOAS                                 | 1     | 20/05/2025            | Oportuno                  | 20/08/2025             | Oportuno                  | 03/12/2025            | Oportuno                  | 24/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |

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

**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 |                                 |
| Santander    | ZAPATOCA        | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE ZAPATOCA               | 1     | 03/06/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | SINCELEJO       | E.S.E UNIDAD DE SALUD SAN FRANCISCO DE ASIS                  | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 26/11/2025            | Oportuno                  | 02/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | SINCELEJO       | HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E.S.E                    | 2     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 20/08/2025             | Oportuno                  | 26/11/2025            | Oportuno                  | 25/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | BUENAVISTA      | CENTRO DE SALUD SANTA LUCIA E.S.E.                           | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 22/08/2025             | Oportuno                  | 25/11/2025            | Oportuno                  | 23/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | CAIMITO         | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE CAIMITO         | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 25/11/2025            | Oportuno                  | 24/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | COLOSO          | E.S.E CENTRO DE SALUD COLOSO                                 | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 25/11/2025            | Oportuno                  | 23/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | COROZAL         | ESE CENTRO DE SALUD CARTAGENA DE INDIAS COROZAL              | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 21/08/2025             | Oportuno                  | 26/11/2025            | Oportuno                  | 03/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | EL ROBLE        | E.S.E CENTRO DE SALUD EL ROBLE                               | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 29/08/2025             | Oportuno                  | 25/11/2025            | Oportuno                  | 28/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | GALERAS         | E.S.E CENTRO DE SALUD INMACULADA CONCEPCION DE GALERAS SUCRE | 1     | 05/06/2025            | Oportuno                  | 20/08/2025             | Oportuno                  | 21/11/2025            | Oportuno                  | 23/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | GUARANDA        | ESE CENTRO DE SALUD DE GUARANDA                              | 1     | 05/06/2025            | Oportuno                  | 20/08/2025             | Oportuno                  | 19/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | LA UNIÓN        | HOSPITAL LA UNION EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                  | 1     | 05/06/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 26/11/2025            | Oportuno                  | 27/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | LOS PALMITOS    | ESE CENTRO DE SALUD DE LOS PALMITOS                          | 1     | 30/05/2025            | Oportuno                  | 22/08/2025             | Oportuno                  | 26/11/2025            | Oportuno                  | 02/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | MAJAGUAL        | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MAJAGUAL           | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 20/11/2025            | Oportuno                  | 23/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | MORROA          | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN BLAS DE MORROA | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 29/08/2025             | Oportuno                  | 25/11/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | OVEJAS          | ESE CENTRO DE SALUD DE OVEJAS                                | 1     | 03/06/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 25/11/2025            | Oportuno                  | 23/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | PALMITO         | ESE CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE PALMITO                   | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 30/08/2025             | Oportuno                  | 25/11/2025            | Oportuno                  | 03/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | SAMPUÉS         | CENTRO DE SALUD DE SAMPUES (Sucre) EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 28/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | SAN BENITO ABAD | HOSPITAL LOCAL SAN BENITO ABAD E.S.E                         | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 19/11/2025            | Oportuno                  | 27/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | SAN MARCOS      | ESE CENTRO DE SALUD SAN JOSE I NIVEL SAN MARCOS              | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 20/08/2025             | Oportuno                  | 26/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | SAN ONOFRE      | ESE HOSPITAL LOCAL DE SAN ONOFRE                             | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 28/11/2025            | Oportuno                  | 23/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |

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

**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 |                                 |
| Sucre        | SAN PEDRO         | ESE CENTRO DE SALUD SAN PEDRO SUCRE                                                      | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 20/08/2025             | Oportuno                  | 26/11/2025            | Oportuno                  | 24/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | SAN LUIS DE SINCE | ESE HOSPITAL LOCAL NUESTRA SEÑORA DEL SOCORRO DE SINCE                                   | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 27/08/2025             | Oportuno                  | 28/11/2025            | Oportuno                  | 02/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | SUCRE             | HOSPITAL LOCAL SANTA CATALINA DE SENA DE SUCRE-SUCRE E.S.E.                              | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 29/08/2025             | Oportuno                  | 25/11/2025            | Oportuno                  | 02/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | SANTIAGO DE TOLÚ  | ESE HOSPITAL SANTIAGO DE TOLU                                                            | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 28/11/2025            | Oportuno                  | 03/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Sucre        | TOLÚ VIEJO        | CENTRO DE SALUD SAN JOSE DE TOLUVIEJO E.S.E                                              | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 22/08/2025             | Oportuno                  | 21/11/2025            | Oportuno                  | 24/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | IBAGUÉ            | UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                                      | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 02/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | IBAGUÉ            | HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E.                                                   | 3     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 16/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | ALPUJARRA         | E.S.E. HOSPITAL SAN ISIDRO                                                               | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 17/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | ALVARADO          | Hospital "San Roque" E.S.E. Alvarado Tolima                                              | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 25/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | AMBALEMA          | HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E DE AMBALEMA                                                   | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 25/11/2025            | Oportuno                  | 16/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | ANZOÁTEGUI        | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE ANZOATEGUI          | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 27/11/2025            | Oportuno                  | 25/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | ARMERO            | E.S.E. HOSPITAL NELSON RESTREPO MARTINEZ                                                 | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 25/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | ATACO             | HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOURDES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE ATACO TOLIMA             | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 25/11/2025            | Oportuno                  | 25/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | CAJAMARCA         | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA LUCIA DE CAJAMARCA                              | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 19/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | CARMEN DE APICALÁ | HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                             | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 25/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | CASABIANCA        | HOSPITAL SANTO DOMINGO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                                         | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 02/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | CHAPARRAL         | HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA ESE                                                           | 2     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 11/11/2025            | Oportuno                  | 16/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | COELLO            | HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE CHIQUINQUIRA DEL MUNICIPIO DE COELLO TOLIMA E.S.E | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 25/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | COYAIMA           | HOSPITAL SAN ROQUE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIVEL I                                     | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 28/11/2025            | Oportuno                  | 25/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | CUNDAY            | HOSPITAL FEDERICO ARBELAEZ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                                     | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 27/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |

|                                                                                                                             |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Elaboró:                                                                                                                    | Revisó:                                                                                                                             | Aprobó:                                                                                                                                        |
| <br>Firmado digitalmente por Jairo Ortiz | <br>Firmado digitalmente por Milton Urbano Lopez | <br>Firmado digitalmente por Ledy Tatiana Aguilar Rodriguez |



## DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA



**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 |                                 |
| Tolima       | DOLORES                    | HOSPITAL SAN RAFAEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                               | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 19/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | ESPINAL                    | Hospital San Rafael - Empresa Social del Estado                             | 2     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 16/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | FALAN                      | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ANA NIVEL I DEL MUNICIPIO DE FALAN | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 27/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | FLANDES                    | HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA E.S.E                                     | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 03/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | FRESNO                     | HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                      | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 19/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | GUAMO                      | Hospital San Antonio E.S.E.                                                 | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | HERVEO                     | HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E.                                                 | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 27/11/2025            | Oportuno                  | 02/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | HONDA                      | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS HONDA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                   | 2     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | ICONONZO                   | HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E.                                                     | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 19/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | LÉRIDA                     | HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL E.S.E LERIDA TOLIMA                  | 2     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 16/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | LÉRIDA                     | HOSPITAL REINA SOFIA DE ESPAÑA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO LERIDA TOLIMA      | 2     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 16/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | LÍBANO                     | HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO       | 2     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 27/11/2025            | Oportuno                  | 16/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA | HOSPITAL SAN JOSE E.S.E.                                                    | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | MELGAR                     | CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR E.S.E                                    | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | MURILLO                    | HOSPITAL RAMON MARIA ARANA ESE                                              | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | NATAGAIMA                  | HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E. DE NATAGAIMA TOLIMA                             | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | ORTEGA                     | HOSPITAL SAN JOSE ESE                                                       | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 16/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | PALOCABILDO                | HOSPITAL RICARDO ACOSTA NIVEL I ESE                                         | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 27/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | PIEDRAS                    | HOSPITAL SAN SEBASTIAN DE PIEDRAS E.S.E.                                    | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 27/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima       | PLANADAS                   | HOSPITAL CENTRO E.S.E. DE PLANADAS                                          | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 16/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |

|                                                                                                                                |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Elaboró:                                                                                                                       | Revisó:                                                                                                                                     | Aprobó:                                                                                                                                          |
| <br>Firmado digitalmente por Jall Tao Ortiz | <br>Firmado digitalmente por Milton Pransel Urbano Lopez | <br>Firmado digitalmente por Lenidy Tatiana Aguilar Rodriguez |

## DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA



**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 |                                 |
| Tolima          | PRADO             | HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 19/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima          | PURIFICACIÓN      | NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                | 2     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 16/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima          | RIOBLANCO         | HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E                                       | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima          | RONCESVALLES      | HOSPITAL SANTA LUCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                        | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 16/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima          | ROVIRA            | HOSPITAL SAN VICENTE E.S.E                                            | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima          | SALDAÑA           | HOSPITAL SAN CARLOS ESE SALDAÑA TOLIMA                                | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 27/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima          | SAN ANTONIO       | HOSPITAL LA MISERICORDIA E.S.E                                        | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 16/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima          | SAN LUIS          | HOSPITAL SERAFIN MONTAÑA CUELLAR ESE                                  | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 27/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima          | SANTA ISABEL      | HOSPITAL CARLOS TORRENTE LLANO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO              | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 16/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima          | SUÁREZ            | Hospital Santa Rosa de Lima E. S. E.                                  | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 27/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima          | VALLE DE SAN JUAN | HOSPITAL LOCAL VITO FASAEI GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E.                   | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 16/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima          | VENADILLO         | HOSPITAL SANTA BARBARA E.S.E.                                         | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 17/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima          | VILLAHERMOSA      | HOSPITAL ISMAEL PERDOMO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                     | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Tolima          | VILLARRICA        | HOSPITAL LA MILAGROSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                       | 1     | 28/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 26/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | DISTRITO DE CALI  | RED DE SALUD DEL SURORIENTE ESE - HOSPITAL CARLOS CARMONA M.          | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 03/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | DISTRITO DE CALI  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E     | 2     | 05/06/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | DISTRITO DE CALI  | Hospital Universitario del Valle "Evaristo Garcia" E.S.E.             | 3     | 05/06/2025            | Oportuno                  | 03/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 05/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | DISTRITO DE CALI  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | 2     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 02/09/2025             | Oportuno                  | 03/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | DISTRITO DE CALI  | RED DE SALUD DEL NORTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                      | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 27/11/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | DISTRITO DE CALI  | RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E              | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 02/09/2025             | Oportuno                  | 02/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |

|                                                                                                                                |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Elaboró:                                                                                                                       | Revisó:                                                                                                                                     | Aprobó:                                                                                                                                          |
| <br>Firmado digitalmente por Jall Tao Ortiz | <br>Firmado digitalmente por Milton Pransel Urbano Lopez | <br>Firmado digitalmente por Lenidy Tatiana Aguilar Rodriguez |

**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 |                                 |
| Valle del Cauca | DISTRITO DE CALI         | E.S.E. RED DE SALUD DEL CENTRO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 02/09/2025             | Oportuno                  | 27/11/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | DISTRITO DE CALI         | RED DE SALUD DE LADERA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                                     | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 27/11/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | DISTRITO DE CALI         | E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO ANCIANATO SAN MIGUEL                                      | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 30/11/2025            | Oportuno                  | 05/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | DISTRITO DE CALI         | HOSPITAL ISAÍAS DUARTE CANCINO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                             | 2     | 05/06/2025            | Oportuno                  | 03/09/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 02/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | ALCALÁ                   | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL                               | 1     | 30/05/2025            | Oportuno                  | 02/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | ANDALUCÍA                | HOSPITAL SAN VICENTE FERRER ESE                                                      | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 29/08/2025             | Oportuno                  | 03/12/2025            | Oportuno                  | 06/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | ANSERMANUEVO             | HOSPITAL SANTA ANA DE LOS CABALLEROS - ESE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                 | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 29/08/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 02/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | ARGELIA                  | HOSPITAL PIO XII ESE                                                                 | 1     | 03/06/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 05/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | BOLÍVAR                  | HOSPITAL SANTA ANA ESE                                                               | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 03/09/2025             | Oportuno                  | 03/12/2025            | Oportuno                  | 05/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | DISTRITO DE BUENAVENTURA | HOSPITAL SAN AGUSTIN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                                       | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 02/09/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | DISTRITO DE BUENAVENTURA | HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                         | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 02/09/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | GUADALAJARA DE BUGA      | ES.E. HOSPITAL DIVINO NIÑO                                                           | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 02/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | BUGALAGRANDE             | HOSPITAL SAN BERNABE, ESE                                                            | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | CAICEDONIA               | ESE HOSPITAL SANTANDER                                                               | 1     | 06/06/2025            | Oportuno                  | 03/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 05/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | CALIMA                   | ESE HOSPITAL SAN JORGE                                                               | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 03/09/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 05/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | CANDELARIA               | ESE - HOSPITAL LOCAL                                                                 | 1     | 05/06/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 02/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | CARTAGO                  | I.P.S. DEL MUNICIPIO DE CARTAGO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                            | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 28/11/2025            | Oportuno                  | 02/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | DAGUA                    | HOSPITAL LOCAL JOSE RUFINO VIVAS ESE                                                 | 1     | 06/06/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 05/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | EL ÁGUILA                | HOSPITAL SAN RAFAEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                                        | 1     | 30/05/2025            | Oportuno                  | 02/09/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | EL CAIRO                 | ESE HOSPITAL SANTA CATALINA                                                          | 1     | 06/06/2025            | Oportuno                  | 03/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 06/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |

|                                                                                                                                |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Elaboró:                                                                                                                       | Revisó:                                                                                                                                     | Aprobó:                                                                                                                                        |
| <br>Firmado digitalmente por Jall Tao Ortiz | <br>Firmado digitalmente por Milton Pransel Urbano Lopez | <br>Firmado digitalmente por Ledy Tatiana Aguilar Rodriguez |

## DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA



**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 |                                 |
| Valle del Cauca | EL CERRITO  | ESE HOSPITAL SAN RAFAEL                                                     | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 28/11/2025            | Oportuno                  | 02/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | EL DOVIO    | HOSPITAL SANTA LUCIA ESE DE EL DOVIO VALLE                                  | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 02/09/2025             | Oportuno                  | 03/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | FLORIDA     | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA                    | 1     | 30/05/2025            | Oportuno                  | 03/09/2025             | Oportuno                  | 03/12/2025            | Oportuno                  | 05/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | GINEBRA     | ESE HOSPITAL DEL ROSARIO                                                    | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 05/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | GUACARÍ     | HOSPITAL SAN ROQUE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE GUACARÍ VALLE | 1     | 05/06/2025            | Oportuno                  | 02/09/2025             | Oportuno                  | 03/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | JAMUNDÍ     | ESE HOSPITAL PILOTO JAMUNDI                                                 | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 25/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | LA CUMBRE   | HOSPITAL SANTA MARGARITA ESE                                                | 1     | 05/06/2025            | Oportuno                  | 02/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | LA UNIÓN    | HOSPITAL GONZALO CONTRERAS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                        | 1     | 06/06/2025            | Oportuno                  | 03/09/2025             | Oportuno                  | 03/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | LA VICTORIA | ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS                                   | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 03/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | OBANDO      | ESE HOSPITAL LOCAL DE OBANDO                                                | 1     | 06/06/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 05/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | PALMIRA     | E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO                                         | 1     | 05/06/2025            | Oportuno                  | 03/09/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | PRADERA     | ESE HOSPITAL SAN ROQUE                                                      | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | RESTREPO    | ESE HOSPITAL SAN JOSE                                                       | 1     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 02/09/2025             | Oportuno                  | 03/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | RIOFRÍO     | HOSPITAL KENNEDY ESE                                                        | 1     | 30/05/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | ROLDANILLO  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  | 2     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 03/09/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 05/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | SAN PEDRO   | E.S.E HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCON QUINTERO                                | 1     | 30/05/2025            | Oportuno                  | 02/09/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | SEVILLA     | ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL CENTENARIO DE SEVILLA                            | 2     | 04/06/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | TORO        | HOSPITAL SAGRADA FAMILIA ESE                                                | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 02/09/2025             | Oportuno                  | 03/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | TRUJILLO    | E.S.E HOSPITAL SANTA CRUZ                                                   | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca | TULUÁ       | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ                         | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 28/11/2025            | Oportuno                  | 02/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |

|                                                                                                                             |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Elaboró:                                                                                                                    | Revisó:                                                                                                                             | Aprobó:                                                                                                                                        |
| <br>Firmado digitalmente por Jairo Ortiz | <br>Firmado digitalmente por Milton Urbano Lopez | <br>Firmado digitalmente por Leny Tatiana Aguilar Rodriguez |

**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 |                                 |
| Valle del Cauca                                                                                                                                                                                                                                             | TULUÁ          | E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | 2     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 06/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca                                                                                                                                                                                                                                             | ULLOA          | HOSPITAL LOCAL PEDRO SAENZ DIAZ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                         | 1     | 05/06/2025            | Oportuno                  | 03/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca                                                                                                                                                                                                                                             | VERSALLES      | HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E                                              | 1     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 28/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 25/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca                                                                                                                                                                                                                                             | VIJES          | HOSPITAL FRANCINETH SANCHEZ HURTADO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO                     | 1     | 03/06/2025            | Oportuno                  | 02/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca                                                                                                                                                                                                                                             | YOTOCO         | ESE HOSPITAL LOCAL YOTOCO                                                         | 1     | 03/06/2025            | Oportuno                  | 02/09/2025             | Oportuno                  | 03/12/2025            | Oportuno                  | 04/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca                                                                                                                                                                                                                                             | YUMBO          | HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA ESE                                                   | 1     | 05/06/2025            | Oportuno                  | 01/09/2025             | Oportuno                  | 01/12/2025            | Oportuno                  | 02/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Valle del Cauca                                                                                                                                                                                                                                             | ZARZAL         | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E.                                | 2     | 29/05/2025            | Oportuno                  | 03/09/2025             | Oportuno                  | 04/12/2025            | Oportuno                  | 06/03/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Vaupés                                                                                                                                                                                                                                                      | MITÚ           | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO                                    | 2     | 19/05/2025            | Oportuno                  | 24/08/2025             | Oportuno                  | 24/11/2025            | Oportuno                  | 24/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| Vichada                                                                                                                                                                                                                                                     | PUERTO CARREÑO | E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS                                    | 2     | 03/06/2025            | Oportuno                  | 29/08/2025             | Oportuno                  | 12/11/2025            | Oportuno                  | 25/02/2026            | Oportuno                  | Cumple                          |
| <b>Fuente:</b> Sistema de Información Hospitalaria -SIHO en virtud 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 |                |                                                                                   |       |                       |                           |                        |                           |                       |                           |                       |                           |                                 |

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

|                                                                                                        |                                             |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <br>NIT 891200638 - 1 | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                        |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                        | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

# INDICADORES ASISTENCIALES

|                                                                                   |                                             |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                   |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

## INDICADOR 27

La evaluación de este indicador es preciso anotar que, para el caso particular del CEHANI E.S.E., este indicador se rige por las condiciones de excepcionalidad técnica y operativa definidas en el Artículo 5 de la Resolución 743 de 2013.

Bajo este marco normativo especial, Cehani E.S.E definió el perfil epidemiológico institucional para definir las cuatro primeras causas de atención y sean éstas las referentes para el proceso de auditoría de historias clínicas. Artritis: Monitoreo de la cronicidad y esquemas de tratamiento integral. De lo anterior se pudo definir que estas son: Pterigion, artritis, catarata y epilepsia

### Primera Causa

#### Evaluación de aplicación de las guías de manejo de las cuatro primeras causas de morbilidad de la ESE (Pterigión)

De acuerdo con el informe del Comité de Historias Clínicas del CEHANI E.S.E., el análisis del Indicador No. 27 de la Resolución 408 de 2018 se fundamenta en el perfil epidemiológico institucional y las guías de práctica clínica adoptadas mediante la Resolución 139 de 2025. Para la evaluación de este indicador, se identificó una población total de 913 pacientes con diagnóstico de Pterigión (CIE10: H110). Mediante la aplicación de una fórmula estadística para poblaciones finitas, se seleccionó una muestra de 209 historias clínicas para auditar la adherencia a los procesos asistenciales.

Los resultados de la auditoría arrojaron un porcentaje de adherencia total del 80,86%. Este cumplimiento se sustenta en que 169 de las historias evaluadas alcanzaron niveles de ejecución superiores al 90% en criterios clave como la identificación del paciente, la valoración clínica inicial (examen físico y diagnóstico), la pertinencia del plan de manejo y el diligenciamiento del consentimiento informado.

En conclusión, aunque el indicador refleja una gestión satisfactoria y una apropiación efectiva de los protocolos por parte del personal asistencial, el

|                                                                                                        |                                             |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <br>NIT 891200638 - 1 | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                        |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                        | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

comité identifica oportunidades de mejora en la homogeneidad de los registros clínicos. Por lo tanto, se recomienda mantener el monitoreo permanente y fortalecer las estrategias de capacitación y retroalimentación para cerrar las brechas identificadas y avanzar hacia un nivel de cumplimiento óptimo.

| <b>FORMULA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía para las cuatro primeras causas de morbilidad de la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas de la muestra representativa para las cuatro primeras causas de morbilidad |
| <b>APLICACIÓN DE LA FORMULA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 169/209                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>RESULTADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>0.81</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>ANEXOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Informe del comité de historias clínicas que como mínimo contenga referencia al acto administrativo de la adopción de guías de manejo de las cuatro primeras causas de morbilidad de la ESE, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la formula del indicador                      |



|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

# SOORTE INDICADOR 27 CERTIFICADO COMITÉ HISTORIAS CLINICAS

|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

## INFORME COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

### 1. METODOLOGÍA DE EVALUACION Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para la aplicación del indicador 27 de la Resolución 408 de 2018, se tuvo en cuenta el perfil epidemiológico el cual hace referencia a:

| N° | DIAGNOSTICO                                               | CIE10 | CANTIDAD |
|----|-----------------------------------------------------------|-------|----------|
| 1  | PTERIGION                                                 | H110  | 913      |
| 2  | ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA- SIN OTRA ESPECIFICACION | M059  | 829      |
| 3  | CATARATA SENIL NUCLEAR                                    | H251  | 638      |
| 4  | EPILEPSIA- TIPO NO ESPECIFICADO                           | G409  | 624      |
| 5  | SINDROME SECO [SJÖGREN]                                   | M350  | 304      |
| 6  | HIPOACUSIA- NO ESPECIFICADA                               | H919  | 210      |
| 7  | CATARATA- NO ESPECIFICADA                                 | H269  | 203      |
| 8  | PRESBICIA                                                 | H524  | 202      |
| 9  | RINITIS ALERGICA- NO ESPECIFICADA                         | J304  | 193      |
| 10 | MIOPIA                                                    | H521  | 187      |

La institución adoptó las guías de atención de acuerdo a la Resolución 139 del 16 de octubre de 2025, mediante el cual se adoptan las guías de práctica clínica para el manejo de pacientes Cehani E.S.E., que para el proceso de evaluación se hace la aplicación de la siguiente metodología.

Verificadas las actas de comité de Historias Clínicas, se pudo evidenciar la siguiente información, de acuerdo a la auditoria de las 4 primeras causas.

Para la evaluación de adherencia se realizó una revisión de historias clínicas de pacientes atendidos con diagnóstico de pterigión, tomando como referencia los criterios establecidos en la Guía de Práctica Clínica institucional.

Los criterios evaluados incluyeron:

- ✓ Identificación completa del paciente
- ✓ Valoración inicial, antecedentes, examen físico, diagnóstico y plan de manejo
- ✓ Criterios de pertinencia para el manejo
- ✓ Consentimiento informado

Cada criterio fue evaluado mediante una lista de verificación que permitió determinar el cumplimiento de los parámetros establecidos. Posteriormente, se realizó la consolidación de los resultados y el cálculo del porcentaje de adherencia total.

La meta institucional establecida para este indicador corresponde al 90% de cumplimiento.



|                                                                                   |                                         |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052<br>Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Versión: 4                                                       |

## METODOLOGIA DE MUESTREO:

La fórmula para calcular el tamaño de la muestra en poblaciones finitas, utilizada cuando se conoce el tamaño total de la población que se va a estudiar. Esta fórmula es muy común en auditorías de calidad en salud, investigaciones clínicas y estudios estadísticos, ya que permite determinar cuántos registros, historias clínicas o individuos deben revisarse para que los resultados sean confiables.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

### Significado de cada variable:

n: tamaño de la muestra que se debe seleccionar.

N: tamaño total de la población (por ejemplo, total de historias clínicas o pacientes). (913)

Z: valor asociado al nivel de confianza estadística (por ejemplo 1.96 para 95% de confianza).

p: probabilidad de ocurrencia del evento que se estudia (cuando no se conoce generalmente se usa 0.5).

q: probabilidad de no ocurrencia del evento ( $q = 1 - p$ ).

e: margen de error permitido en el estudio (por ejemplo 5% = 0.05).

$$n = \frac{913 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,005)^2 \cdot (913-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} \cdot 100 \quad n = 209$$

### Descripción del muestreo

El muestreo en poblaciones finitas es un método estadístico utilizado cuando el número total de elementos de la población es conocido y limitado. Su objetivo es seleccionar una muestra representativa que permita realizar análisis o evaluaciones sin necesidad de estudiar la totalidad de la población, optimizando tiempo y recursos.

Este tipo de muestreo es ampliamente utilizado en auditorías de historias clínicas, evaluación de adherencia a guías de práctica clínica, estudios epidemiológicos y procesos de control de calidad en instituciones de salud.

La fórmula permite calcular el número mínimo de registros o individuos que deben ser incluidos en la muestra para garantizar que los resultados obtenidos tengan un nivel determinado de confianza estadística y un margen de error aceptable.



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

### Escala de calificación:

El porcentaje de adherencia a guías de atención permite evaluar el grado en que los profesionales de salud cumplen con los lineamientos clínicos establecidos para la atención de los pacientes. Este indicador es fundamental en los procesos de calidad y auditoría en salud, ya que refleja la correcta aplicación de protocolos, guías de práctica clínica y normas institucionales.

### Análisis de la escala de calificación

#### Muy deficiente (0 % – 49 %) :

Este rango indica un bajo cumplimiento de las guías de atención, evidenciando fallas importantes en la aplicación de los protocolos establecidos. Puede estar asociado a falta de capacitación del personal, desconocimiento de las guías, debilidades en los procesos de supervisión o deficiencias en el registro de la información en las historias clínicas. Este resultado representa alto riesgo para la calidad y seguridad del paciente, por lo que requiere la implementación inmediata de planes de mejora, capacitación y seguimiento.

#### Deficiente (50 % – 79 %)

En este nivel se evidencia que existe cumplimiento parcial de las guías, pero aún se presentan inconsistencias en la aplicación de los lineamientos clínicos. Aunque algunos procesos se realizan adecuadamente, persisten brechas en el registro o en la ejecución de las actividades establecidas. Se recomienda fortalecer las estrategias de adherencia, socialización de guías, auditorías concurrentes y retroalimentación al personal asistencial.

#### Adecuado (80 % – 89 %)

Este resultado muestra un buen nivel de cumplimiento de las guías de atención, lo que refleja que la mayoría de los procesos asistenciales se realizan conforme a los lineamientos establecidos. Sin embargo, todavía existen oportunidades de mejora para alcanzar niveles de excelencia. En este caso es importante mantener los procesos de capacitación, seguimiento y control, con el fin de mejorar la consistencia en la aplicación de las guías.

#### Óptimo (90 % – 100 %)

Este rango representa un alto grado de adherencia a las guías de atención, lo que indica que los profesionales de salud aplican correctamente los protocolos clínicos y registran adecuadamente las actividades realizadas. Este resultado refleja fortalecimiento de la cultura de calidad, seguridad del paciente y cumplimiento normativo. Se recomienda mantener las estrategias implementadas y realizar monitoreo periódico para garantizar la sostenibilidad del indicador.



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

| PORCENTAJE ADHERENCIA A GUIAS DE ATENCION |                |
|-------------------------------------------|----------------|
| VALOR                                     | CALIFICACION   |
| De 0 a 49                                 | Muy deficiente |
| De 50 a 79                                | Deficiente     |
| De 80 a 89                                | Adecuado       |
| De 90 a 100                               | Óptimo         |

## 2. INSTRUMENTO APLICADO:

Para la evaluación de la adherencia a la guía de práctica clínica y la verificación del adecuado registro de la información en las historias clínicas, se utilizó un instrumento de auditoría tipo lista de chequeo o lista de verificación, diseñado para revisar de manera sistemática el cumplimiento de los criterios establecidos en el proceso de atención del paciente.

Este instrumento permite evaluar la calidad del registro clínico y la aplicación de los lineamientos de atención establecidos en la guía de manejo, mediante la revisión de diferentes componentes que hacen parte de la historia clínica. La herramienta está estructurada en cuatro secciones principales, cada una con un conjunto de variables que permiten verificar la presencia y adecuado diligenciamiento de la información.

### ✓ Identificación del paciente:

La primera sección del instrumento corresponde a la verificación de los datos de identificación del paciente, con el fin de garantizar la correcta individualización del usuario, la trazabilidad de la atención y la seguridad del paciente dentro del proceso asistencial.

En este apartado se evalúa el registro de los siguientes datos:

- Apellidos y nombres completos del paciente.
- Número de historia clínica, el cual debe corresponder con el número del documento de identidad.
- Documento de identidad.
- Estado civil.
- Ocupación.
- Escolaridad.
- Fecha de nacimiento.
- Edad.

Calle 18 # 45 – 49 Teléfono: 737 42 52  
<http://cehani.gov.co>  
 Pasto – Nariño – Colombia



|                                                                                                                                                                 |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
| <br><small>Empresa Social del Estado</small><br><small>NIT 891300638-1</small> | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                                                                                                 | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                                                                                                 |                                         | Versión: 4                                 |

- Género.
- Dirección.
- Teléfono.
- Lugar de residencia.
- Nombre del acompañante.
- Teléfono del acompañante.
- Aseguradora y tipo de vinculación al sistema de salud.
- Procedencia del paciente.
- Fecha y hora de la atención.
- Identificación del profesional responsable de la atención.

La revisión de estos elementos permite determinar si la historia clínica cumple con los requisitos mínimos de identificación establecidos en los estándares de calidad en salud.

#### ✓ **Valoración inicial, examen físico, diagnóstico y plan de manejo**

La segunda sección del instrumento evalúa la valoración clínica realizada al paciente, verificando que el profesional de salud haya realizado una adecuada evaluación inicial y que esta se encuentre debidamente registrada en la historia clínica.

Dentro de esta sección se revisan los siguientes aspectos:

- Orientación sexual.
- Motivo de consulta.
- Enfermedad actual.
- Registro de antecedentes según el instructivo institucional.
- Revisión por sistemas.
- Examen físico.
- Paraclínicos y exámenes complementarios.
- Registro de los diagnósticos.
- Registro del plan de manejo.
- Justificación clínica.
- Recomendaciones médicas.

Este componente permite determinar si el proceso de atención clínica se desarrolla de forma integral, garantizando una adecuada valoración del paciente y una correcta toma de decisiones terapéuticas.



|                                                                                                                                         |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
| <br>Empresa Social del Estado<br><br>NIT 891200638 - 1 | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                                                                         |                                         | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                                                                         | CONSTANCIA                              | Versión: 4                                 |

### ✓ Criterios de pertinencia

La tercera sección del instrumento evalúa la pertinencia del manejo clínico, verificando que el tratamiento indicado se encuentre alineado con los lineamientos establecidos en la guía de práctica clínica.

En esta sección se analiza específicamente si:

- El plan de tratamiento realizado al paciente corresponde con lo establecido en la guía de manejo.

Este criterio permite evaluar la correcta aplicación de la evidencia científica en la práctica clínica y la estandarización de los procesos de atención.

### ✓ Consentimiento informado

La última sección del instrumento está orientada a verificar el cumplimiento de los aspectos éticos y legales relacionados con la atención en salud, específicamente el diligenciamiento del consentimiento informado.

En este apartado se revisa:

- Diligenciamiento del consentimiento informado.
- Correcto diligenciamiento del documento.
- Registro de la información sobre los riesgos del tratamiento o procedimiento.
- Registro de los riesgos del tratamiento.
- Firma del médico tratante.
- Firma del paciente o familiar responsable.

Este componente es fundamental para garantizar el respeto por la autonomía del paciente y el cumplimiento de los principios éticos en la prestación de los servicios de salud.

### ✓ Utilidad del instrumento

La aplicación de este instrumento permite identificar el grado de cumplimiento en el registro clínico y en la aplicación de los criterios establecidos en la guía de práctica clínica, facilitando la identificación de fortalezas y oportunidades de mejora en los procesos asistenciales.

De igual manera, contribuye al fortalecimiento de los procesos de auditoría clínica, seguridad del paciente y mejoramiento continuo de la calidad de la atención, permitiendo implementar



|                                                                                                        |                                                |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <br>NIT 891200638 - 1 | <b>PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b> | Código: FR-GSI-052<br>Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                                        | <b>CONSTANCIA</b>                              | Versión: 4                                                       |

acciones correctivas y preventivas orientadas al cumplimiento de los estándares institucionales y normativos.

### 3. MEDICION Y RESULTADOS DEL INDICADOR:

Los resultados obtenidos en la evaluación de adherencia fueron los siguientes:

| CRITERIO EVALUADO                                                       | RESULTADO    |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------|
| No de Historias clinicas con porcentaje de mayor al 90% de cumplimiento | 169          |
| Total de historias Clinicas auditadas                                   | 209          |
| <b>TOTAL ADHERENCIA A LA GUIA</b>                                       | <b>80,86</b> |
| <b>META INSTITUCIONAL</b>                                               | <b>80</b>    |

### 4. ANALISIS DE RESULTADOS:

El indicador de adherencia a la guía de práctica clínica evidenció un resultado de 80,86%, obtenido a partir de la revisión de 209 historias clínicas durante el periodo evaluado, de las cuales 169 alcanzaron un porcentaje de cumplimiento superior al 90%. Este resultado permite establecer que, en términos generales, la institución presenta un cumplimiento favorable en la aplicación de los lineamientos definidos en la guía, reflejando apropiación del personal asistencial frente a los criterios evaluados.

Al comparar el resultado alcanzado con la meta institucional establecida en 80%, se observa que el indicador supera el estándar esperado, lo cual demuestra un desempeño satisfactorio en el proceso de atención auditado. Esto sugiere que existe adherencia aceptable a los protocolos y lineamientos clínicos, fortaleciendo la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la estandarización de las prácticas asistenciales.

No obstante, aunque el resultado es positivo y cumple con el objetivo institucional, persiste un grupo de historias clínicas que no alcanzó el nivel de cumplimiento esperado, lo que evidencia oportunidades de mejora en aspectos relacionados con el registro, la aplicación homogénea de la guía y el fortalecimiento del seguimiento al proceso asistencial. En este sentido, resulta pertinente mantener las acciones de auditoría, retroalimentación al personal de salud y estrategias de capacitación continua, con el fin de incrementar progresivamente el nivel de adherencia y avanzar hacia estándares de mayor excelencia.

En conclusión, el comportamiento del indicador muestra un cumplimiento institucional adecuado, con superación de la meta establecida, lo que ratifica la efectividad de las



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

acciones implementadas; sin embargo, se recomienda continuar con el monitoreo permanente y la formulación de planes de mejora orientados al cierre de brechas identificadas.

✓ **Identificación del paciente:**

El componente de identificación del paciente presenta un adecuado nivel de cumplimiento, evidenciando que las historias clínicas revisadas contienen los datos básicos necesarios para la identificación del usuario, lo cual es fundamental para garantizar la seguridad del paciente, la trazabilidad de la atención y la correcta gestión de la información clínica.

✓ **Valoración inicial, examen físico, diagnóstico y plan de manejo:**

Este componente representa uno de los elementos más importantes dentro del proceso de atención, ya que permite establecer una valoración integral del paciente y determinar el diagnóstico y tratamiento más adecuado. Los resultados evidencian que el personal asistencial realiza de manera adecuada la valoración clínica y documenta en la historia clínica los hallazgos del examen físico, así como el diagnóstico y el plan de manejo correspondiente.

✓ **Criterios de pertinencia:**

El cumplimiento de los criterios de pertinencia refleja que las decisiones clínicas relacionadas con el manejo del pterigión se fundamentan en criterios técnicos y clínicos apropiados, garantizando que los procedimientos realizados se encuentren debidamente justificados desde el punto de vista médico.

✓ **Consentimiento informado:**

En relación con el consentimiento informado, se evidencia cumplimiento dentro de las historias clínicas evaluadas. No obstante, es importante continuar fortaleciendo el adecuado diligenciamiento y archivo de este documento, teniendo en cuenta que constituye un requisito fundamental para garantizar el respeto por la autonomía del paciente y el cumplimiento de las normas éticas y legales en la atención en salud.

En términos generales, los resultados obtenidos evidencian una adecuada implementación de la guía de práctica clínica, así como un compromiso institucional con el mejoramiento continuo de la calidad de la atención.



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

## 5. CONCLUSIONES:

- ✓ El indicador de adherencia a la guía de práctica clínica alcanzó un resultado de 80,86%, evidenciando un nivel de cumplimiento satisfactorio en relación con los criterios evaluados en las 209 historias clínicas auditadas.
- ✓ El resultado obtenido supera la meta institucional establecida en 80%, lo cual permite concluir que la institución mantiene un desempeño favorable en la aplicación de los lineamientos y protocolos definidos para el proceso evaluado.
- ✓ La proporción de 169 historias clínicas con cumplimiento superior al 90% refleja compromiso del personal asistencial con la implementación de la guía, así como avances en la estandarización de la atención y en el fortalecimiento de la calidad del servicio.
- ✓ A pesar del cumplimiento de la meta, aún se identifican oportunidades de mejora en aquellas historias clínicas que no alcanzaron el nivel esperado, por lo que es necesario continuar con acciones de seguimiento, capacitación y retroalimentación al talento humano.
- ✓ Se concluye que el comportamiento del indicador es positivo y demuestra efectividad en las estrategias institucionales de adherencia; sin embargo, se recomienda sostener el proceso de auditoría y mejoramiento continuo para elevar progresivamente los niveles de cumplimiento.

Firma

Miguel Angel Pantoja Cabrera  
Subgerencia Técnica

Yenith Eufemia Campaña Imbaquin  
secretario técnico

|                                                                                                        |                                             |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <br>NIT 891200638 - 1 | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                        |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                        | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

## INDICADOR 27

### Segunda Causa (Artritis)

#### Evaluación de aplicación de las guías de manejo de las cuatro primeras causas de morbilidad de la ESE

Basado en el Informe del Comité de Historias Clínicas la patología de Artritis Reumatoide, donde esta enfermedad se identifica como la segunda causa de consulta con un total de 829 casos registrados. Para la evaluación de la adherencia a la guía de práctica clínica, adoptada mediante la Resolución 139 de 2025, se determinó una muestra representativa de 204 historias clínicas utilizando una fórmula estadística para poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95%.

Los resultados de la auditoría arrojaron una adherencia global del 84,80). Este resultado se sustenta en que 173 historias clínicas (el 84,8% de la muestra) alcanzaron un nivel de cumplimiento superior al 90%, evidenciando fortalezas significativas en los procesos asistenciales y en el seguimiento de los lineamientos clínicos establecidos para esta patología.

En conclusión, el comportamiento del indicador es favorable y demuestra la efectividad de las estrategias institucionales de adherencia. No obstante, el hallazgo de 31 historias clínicas que no alcanzaron el nivel de cumplimiento esperado señala la necesidad de fortalecer la calidad del registro y la uniformidad en la atención. Por ello, se recomienda continuar con las acciones de auditoría, capacitación y retroalimentación al talento humano para reducir la variabilidad clínica y avanzar hacia niveles de excelencia óptimos



|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

| <b>FORMULA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía para las cuatro primeras causas de morbilidad de la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas de la muestra representativa para las cuatro primeras causas de morbilidad. |
| <b>APLICACIÓN DE LA FORMULA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 173/204                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>RESULTADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>0.85</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>ANEXOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Informe del comité de historias clínicas que como mínimo contenga referencia al acto administrativo de la adopción de guías de manejo de las cuatro primeras causas de morbilidad de la ESE, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la formula del indicador                       |

|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

# SOORTE INDICADOR 27 CERTIFICADO COMITÉ HISTORIAS CLINICAS

|                                                                                                                       |                                                |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <br><small>HIT 891200538 - 1</small> | <b>PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b> | Código: FR-GSI-052<br>Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                                                       | <b>CONSTANCIA</b>                              | Versión: 4                                                       |

## INFORME COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

### 1. METODOLOGÍA DE EVALUACION Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para la aplicación del indicador 27 de la Resolución 408 de 2018, se tuvo en cuenta el perfil epidemiológico el cual hace referencia a:

| Nº | DIAGNOSTICO                                               | CIE10 | CANTIDAD |
|----|-----------------------------------------------------------|-------|----------|
| 1  | PTERIGION                                                 | H110  | 913      |
| 2  | ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA- SIN OTRA ESPECIFICACION | M059  | 829      |
| 3  | CATARATA SENIL NUCLEAR                                    | H251  | 638      |
| 4  | EPILEPSIA- TIPO NO ESPECIFICADO                           | G409  | 624      |
| 5  | SINDROME SECO [SJÖGREN]                                   | M350  | 304      |
| 6  | HIPOACUSIA- NO ESPECIFICADA                               | H919  | 210      |
| 7  | CATARATA- NO ESPECIFICADA                                 | H269  | 203      |
| 8  | PRESBICIA                                                 | H524  | 202      |
| 9  | RINITIS ALERGICA- NO ESPECIFICADA                         | J304  | 193      |
| 10 | MIOPIA                                                    | H521  | 187      |

La institución adoptó las guías de atención de acuerdo a la Resolución 139 del 16 de octubre de 2025, mediante el cual se adoptan las guías de práctica clínica para el manejo de pacientes Cehani E.S.E., que para el proceso de evaluación se hace la aplicación de la siguiente metodología.

Verificadas las actas de comité de Historias Clínicas, se pudo evidenciar la siguiente información, de acuerdo a la auditoria de las 4 primeras causas.

Para la evaluación de adherencia se realizó una revisión de historias clínicas de pacientes atendidos con diagnóstico de pterigión, tomando como referencia los criterios establecidos en la Guía de Práctica Clínica institucional.

Los criterios evaluados incluyeron:

- ✓ Identificación completa del paciente
- ✓ Valoración inicial, antecedentes, examen físico, diagnóstico y plan de manejo
- ✓ Criterios de pertinencia para el manejo
- ✓ Consentimiento informado

Cada criterio fue evaluado mediante una lista de verificación que permitió determinar el cumplimiento de los parámetros establecidos. Posteriormente, se realizó la consolidación de los resultados y el cálculo del porcentaje de adherencia total.

La meta institucional establecida para este indicador corresponde al 90% de cumplimiento.



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

### METODOLOGIA DE MUESTREO:

La fórmula para calcular el tamaño de la muestra en poblaciones finitas, utilizada cuando se conoce el tamaño total de la población que se va a estudiar. Esta fórmula es muy común en auditorías de calidad en salud, investigaciones clínicas y estudios estadísticos, ya que permite determinar cuántos registros, historias clínicas o individuos deben revisarse para que los resultados sean confiables.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

#### Significado de cada variable:

n: tamaño de la muestra que se debe seleccionar.

N: tamaño total de la población (por ejemplo, total de historias clínicas o pacientes) (829)

Z: valor asociado al nivel de confianza estadística (por ejemplo 1.96 para 95% de confianza).

p: probabilidad de ocurrencia del evento que se estudia (cuando no se conoce generalmente se usa 0.5).

q: probabilidad de no ocurrencia del evento ( $q = 1 - p$ ).

e: margen de error permitido en el estudio (por ejemplo 5% = 0.05).

$$n = \frac{829 \cdot (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.005)^2 \cdot (829 - 1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5} \cdot 100 \quad n = 204$$

#### Descripción del muestreo

El muestreo en poblaciones finitas es un método estadístico utilizado cuando el número total de elementos de la población es conocido y limitado. Su objetivo es seleccionar una muestra representativa que permita realizar análisis o evaluaciones sin necesidad de estudiar la totalidad de la población, optimizando tiempo y recursos.

Este tipo de muestreo es ampliamente utilizado en auditorías de historias clínicas, evaluación de adherencia a guías de práctica clínica, estudios epidemiológicos y procesos de control de calidad en instituciones de salud.

La fórmula permite calcular el número mínimo de registros o individuos que deben ser incluidos en la muestra para garantizar que los resultados obtenidos tengan un nivel determinado de confianza estadística y un margen de error aceptable.



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

### Escala de calificación:

El porcentaje de adherencia a guías de atención permite evaluar el grado en que los profesionales de salud cumplen con los lineamientos clínicos establecidos para la atención de los pacientes. Este indicador es fundamental en los procesos de calidad y auditoría en salud, ya que refleja la correcta aplicación de protocolos, guías de práctica clínica y normas institucionales.

### Análisis de la escala de calificación

#### Muy deficiente (0 % – 49 %):

Este rango indica un bajo cumplimiento de las guías de atención, evidenciando fallas importantes en la aplicación de los protocolos establecidos. Puede estar asociado a falta de capacitación del personal, desconocimiento de las guías, debilidades en los procesos de supervisión o deficiencias en el registro de la información en las historias clínicas. Este resultado representa alto riesgo para la calidad y seguridad del paciente, por lo que requiere la implementación inmediata de planes de mejora, capacitación y seguimiento.

#### Deficiente (50 % – 79 %)

En este nivel se evidencia que existe cumplimiento parcial de las guías, pero aún se presentan inconsistencias en la aplicación de los lineamientos clínicos. Aunque algunos procesos se realizan adecuadamente, persisten brechas en el registro o en la ejecución de las actividades establecidas. Se recomienda fortalecer las estrategias de adherencia, socialización de guías, auditorías concurrentes y retroalimentación al personal asistencial.

#### Adecuado (80 % – 89 %)

Este resultado muestra un buen nivel de cumplimiento de las guías de atención, lo que refleja que la mayoría de los procesos asistenciales se realizan conforme a los lineamientos establecidos. Sin embargo, todavía existen oportunidades de mejora para alcanzar niveles de excelencia. En este caso es importante mantener los procesos de capacitación, seguimiento y control, con el fin de mejorar la consistencia en la aplicación de las guías.

#### Óptimo (90 % – 100 %)

Este rango representa un alto grado de adherencia a las guías de atención, lo que indica que los profesionales de salud aplican correctamente los protocolos clínicos y registran adecuadamente las actividades realizadas. Este resultado refleja fortalecimiento de la cultura de calidad, seguridad del paciente y cumplimiento normativo. Se recomienda mantener las estrategias implementadas y realizar monitoreo periódico para garantizar la sostenibilidad del indicador.



|                                                                                                                                                                   |                                                |                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <br><small>Empresa Social del Estado</small><br><small>NIT 891200638 - 1</small> | <b>PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b> | Código: FR-GSI-052<br>Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                                                                                                   | <b>CONSTANCIA</b>                              | Versión: 4                                                       |

| PORCENTAJE ADHERENCIA A GUIAS DE ATENCION |                |
|-------------------------------------------|----------------|
| VALOR                                     | CALIFICACION   |
| De 0 a 49                                 | Muy deficiente |
| De 50 a 79                                | Deficiente     |
| De 80 a 89                                | Adecuado       |
| De 90 a 100                               | Óptimo         |

## 2. INSTRUMENTO APLICADO:

Para la evaluación de la adherencia a la guía de práctica clínica y la verificación del adecuado registro de la información en las historias clínicas, se utilizó un instrumento de auditoría tipo lista de chequeo o lista de verificación, diseñado para revisar de manera sistemática el cumplimiento de los criterios establecidos en el proceso de atención del paciente.

Este instrumento permite evaluar la calidad del registro clínico y la aplicación de los lineamientos de atención establecidos en la guía de manejo, mediante la revisión de diferentes componentes que hacen parte de la historia clínica. La herramienta está estructurada en cuatro secciones principales, cada una con un conjunto de variables que permiten verificar la presencia y adecuado diligenciamiento de la información.

### ✓ Identificación del paciente:

La primera sección del instrumento corresponde a la verificación de los datos de identificación del paciente, con el fin de garantizar la correcta individualización del usuario, la trazabilidad de la atención y la seguridad del paciente dentro del proceso asistencial.

En este apartado se evalúa el registro de los siguientes datos:

- Apellidos y nombres completos del paciente.
- Número de historia clínica, el cual debe corresponder con el número del documento de identidad.
- Documento de identidad.
- Estado civil.
- Ocupación.
- Escolaridad.
- Fecha de nacimiento.
- Edad.
- Género.

Calle 18 # 45 - 49 Teléfono: 737 42 52  
<http://cehani.gov.co>  
Pasto - Nariño - Colombia



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

- Dirección.
- Teléfono.
- Lugar de residencia.
- Nombre del acompañante.
- Teléfono del acompañante.
- Aseguradora y tipo de vinculación al sistema de salud.
- Procedencia del paciente.
- Fecha y hora de la atención.
- Identificación del profesional responsable de la atención.

La revisión de estos elementos permite determinar si la historia clínica cumple con los requisitos mínimos de identificación establecidos en los estándares de calidad en salud.

#### ✓ Valoración inicial, examen físico, diagnóstico y plan de manejo

La segunda sección del instrumento evalúa la valoración clínica realizada al paciente, verificando que el profesional de salud haya realizado una adecuada evaluación inicial y que esta se encuentre debidamente registrada en la historia clínica.

Dentro de esta sección se revisan los siguientes aspectos:

- Orientación sexual.
- Motivo de consulta.
- Enfermedad actual.
- Registro de antecedentes según el instructivo institucional.
- Revisión por sistemas.
- Examen físico.
- Paraclínicos y exámenes complementarios.
- Registro de los diagnósticos.
- Registro del plan de manejo.
- Justificación clínica.
- Recomendaciones médicas.

Este componente permite determinar si el proceso de atención clínica se desarrolla de forma integral, garantizando una adecuada valoración del paciente y una correcta toma de decisiones terapéuticas.



|                                                                                   |                                         |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052<br>Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Versión: 4                                                       |

#### ✓ Criterios de pertinencia

La tercera sección del instrumento evalúa la pertinencia del manejo clínico, verificando que el tratamiento indicado se encuentre alineado con los lineamientos establecidos en la guía de práctica clínica.

En esta sección se analiza específicamente si:

El plan de tratamiento realizado al paciente corresponde con lo establecido en la guía de manejo.

Este criterio permite evaluar la correcta aplicación de la evidencia científica en la práctica clínica y la estandarización de los procesos de atención.

#### ✓ Consentimiento informado

La última sección del instrumento está orientada a verificar el cumplimiento de los aspectos éticos y legales relacionados con la atención en salud, específicamente el diligenciamiento del consentimiento informado.

En este apartado se revisa:

- Diligenciamiento del consentimiento informado.
- Correcto diligenciamiento del documento.
- Registro de la información sobre los riesgos del tratamiento o procedimiento.
- Registro de los riesgos del tratamiento.
- Firma del médico tratante.
- Firma del paciente o familiar responsable.

Este componente es fundamental para garantizar el respeto por la autonomía del paciente y el cumplimiento de los principios éticos en la prestación de los servicios de salud.

#### ✓ Utilidad del instrumento

La aplicación de este instrumento permite identificar el grado de cumplimiento en el registro clínico y en la aplicación de los criterios establecidos en la guía de práctica clínica, facilitando la identificación de fortalezas y oportunidades de mejora en los procesos asistenciales.

De igual manera, contribuye al fortalecimiento de los procesos de auditoría clínica, seguridad del paciente y mejoramiento continuo de la calidad de la atención, permitiendo implementar



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

acciones correctivas y preventivas orientadas al cumplimiento de los estándares institucionales y normativos.

### 3. MEDICION Y RESULTADOS DEL INDICADOR:

De acuerdo con la evaluación realizada a las historias clínicas revisadas, se obtuvieron los siguientes resultados:

| CRITERIO EVALUADO                                                       | RESULTADO    |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------|
| No de Historias clínicas con porcentaje de mayor al 90% de cumplimiento | 173          |
| Total de historias Clínicas auditadas                                   | 204          |
| <b>TOTAL ADHERENCIA A LA GUIA</b>                                       | <b>84.80</b> |
| <b>META INSTITUCIONAL</b>                                               | <b>80</b>    |

### 4. ANALISIS DE RESULTADOS:

Durante el periodo evaluado se auditó un total de 204 historias clínicas, de las cuales 173 alcanzaron un porcentaje de cumplimiento superior al 90%, de acuerdo con los criterios establecidos en la guía de práctica clínica para artritis reumatoide. Como resultado, se obtuvo una adherencia global de 84,80%, valor que se encuentra por encima de la meta institucional del 80%.

Este comportamiento del indicador refleja un cumplimiento satisfactorio en la aplicación de la guía, evidenciando que, en términos generales, el personal asistencial viene desarrollando su práctica clínica conforme a los lineamientos definidos para la atención de los pacientes con artritis reumatoide. El resultado alcanzado muestra un desempeño favorable en los procesos de atención y en la adherencia a los estándares institucionales de calidad.

No obstante, aunque el indicador supera la meta establecida, se identifica que 31 historias clínicas no lograron un nivel de cumplimiento superior al 90%, lo cual evidencia oportunidades de mejora en aspectos relacionados con la aplicación integral de la guía, la calidad del diligenciamiento de los registros clínicos y la uniformidad en la atención brindada. Esto resalta la importancia de continuar fortaleciendo los procesos de seguimiento, auditoría y retroalimentación al equipo asistencial.

En este sentido, el resultado obtenido permite afirmar que la institución presenta una adecuada adherencia a la guía de artritis reumatoide; sin embargo, es necesario **mantener**



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

acciones de mejoramiento continuo orientadas a optimizar el cumplimiento, disminuir las brechas identificadas y favorecer una atención más estandarizada, segura y alineada con los criterios clínicos institucionales.

#### ✓ **Identificación del paciente**

En este componente se evidencia un adecuado registro de los datos básicos de identificación del usuario, lo cual permite garantizar la correcta individualización del paciente, la trazabilidad del proceso de atención y la seguridad en la prestación de los servicios de salud; se evidenció en algunas historias clínicas falencias en el registro de identificación del paciente, siendo un punto de mejora institucional.

#### ✓ **Valoración inicial, examen físico, diagnóstico y plan de manejo**

Este componente refleja la adecuada realización del proceso clínico, incluyendo la valoración integral del paciente, la identificación del diagnóstico y la formulación del plan terapéutico. Los resultados indican que el personal asistencial realiza de manera apropiada la valoración clínica y documenta los hallazgos en la historia clínica.

#### ✓ **Criterios de pertinencia**

En relación con los criterios de pertinencia, se evidencia que el manejo terapéutico indicado para los pacientes se encuentra alineado con los lineamientos establecidos en la guía de práctica clínica, lo que garantiza la adecuada aplicación de la evidencia científica en la práctica médica.

#### ✓ **Consentimiento informado**

El componente de consentimiento informado presenta cumplimiento dentro de los registros evaluados, lo cual demuestra que se están respetando los principios éticos y legales relacionados con la autonomía del paciente y su derecho a recibir información clara sobre los procedimientos o tratamientos realizados.

En términos generales, los resultados evidencian un adecuado cumplimiento de los lineamientos establecidos en la guía de práctica clínica, contribuyendo a fortalecer la calidad de la atención brindada a los pacientes con diagnóstico de epilepsia.

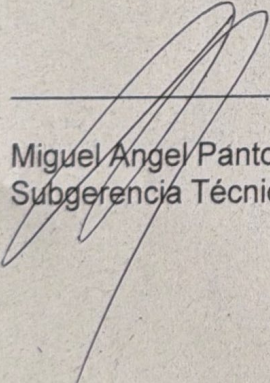


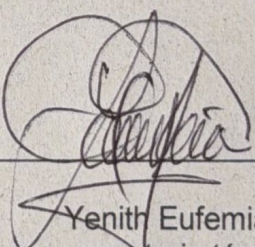
|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

## 5. CONCLUSIONES:

- El indicador de adherencia a la guía de artritis reumatoide alcanzó un resultado de 84,80%, superando la meta institucional del 80%, lo que evidencia un desempeño satisfactorio.
- De las 204 historias clínicas auditadas, 173 registraron un cumplimiento superior al 90%, lo cual refleja una adecuada implementación de los lineamientos clínicos establecidos para esta patología.
- El resultado obtenido evidencia fortalezas en los procesos asistenciales y en el seguimiento de la guía de práctica clínica, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de la atención.
- A pesar de cumplir con la meta institucional, se identifican oportunidades de mejora, teniendo en cuenta que 31 historias clínicas no alcanzaron el nivel esperado de adherencia, lo cual requiere fortalecer la calidad del registro y el cumplimiento integral de los criterios evaluados.
- Se recomienda continuar con estrategias de capacitación, auditoría y retroalimentación al personal de salud, con el propósito de mejorar progresivamente el comportamiento del indicador y reducir la variabilidad en la práctica clínica.
- En conclusión, la institución presenta un resultado favorable en la adherencia a la guía de artritis reumatoide, aunque debe mantener acciones de mejoramiento continuo para alcanzar niveles más altos de cumplimiento.

Firma

  
Miguel Angel Pantoja Cabrera  
Subgerencia Técnica

  
Yenith Eufemia Campaña Imbaquín  
secretario técnico



|                                                                                   |                                             |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                   |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

## INDICADOR 27

### Tercera Causa (Catarata)

#### Evaluación de aplicación de las guías de manejo de las cuatro primeras causas de morbilidad de la ESE

De acuerdo con el perfil epidemiológico institucional, la Catarata (CIE10: H251) se consolida como la tercera causa de morbilidad en la entidad, con un registro total de 638 casos. Para evaluar la calidad de la atención se realizó una auditoría técnica sobre una muestra representativa de 190 historias clínicas, seleccionadas mediante un modelo de muestreo para poblaciones finitas que garantiza la confiabilidad estadística de los resultados obtenidos.

Los resultados de la evaluación arrojaron un índice de adherencia global del 86,31. Este balance positivo se fundamenta en que 164 historias clínicas (el 86,3% de la muestra) alcanzaron un nivel de cumplimiento superior al 90%, evidenciando un alto grado de apropiación por parte del personal asistencial en componentes críticos como la identificación correcta del usuario, la valoración clínica integral, la pertinencia del tratamiento y el debido registro del consentimiento informado.

En conclusión, el comportamiento del indicador para Catarata refleja un proceso asistencial fortalecido y alineado. No obstante, la identificación de 26 historias clínicas con niveles de adherencia inferiores a los esperados señala la persistencia de brechas en la homogeneidad de los registros clínicos. Por lo anterior, se recomienda dar continuidad a las estrategias de auditoría concurrente y capacitación técnica, orientadas a estandarizar plenamente la práctica clínica y alcanzar niveles óptimos en la prestación del servicio.

|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

| <b>FORMULA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía para las cuatro primeras causas de morbilidad de la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas de la muestra representativa para las cuatro primeras causas de morbilidad |
| <b>APLICACIÓN DE LA FORMULA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 164 / 190                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>RESULTADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>0.86</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>ANEXOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Informe del comité de historias clínicas que como mínimo contenga referencia al acto administrativo de la adopción de guías de manejo de las cuatro primeras causas de morbilidad de la ESE, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la formula del indicador                      |

|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

# SOORTE INDICADOR 27 CERTIFICADO COMITÉ HISTORIAS CLINICAS



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

## INFORME COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

### 1. METODOLOGÍA DE EVALUACION Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para la aplicación del indicador 27 de la Resolución 408 de 2018, se tuvo en cuenta el perfil epidemiológico el cual hace referencia a:

| Nº | DIAGNOSTICO                                               | CIE10 | CANTIDAD |
|----|-----------------------------------------------------------|-------|----------|
| 1  | PTERIGION                                                 | H110  | 913      |
| 2  | ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA- SIN OTRA ESPECIFICACION | M059  | 829      |
| 3  | CATARATA SENIL NUCLEAR                                    | H251  | 638      |
| 4  | EPILEPSIA- TIPO NO ESPECIFICADO                           | G409  | 624      |
| 5  | SINDROME SECO [SJÖGREN]                                   | M350  | 304      |
| 6  | HIPOACUSIA- NO ESPECIFICADA                               | H919  | 210      |
| 7  | CATARATA- NO ESPECIFICADA                                 | H269  | 203      |
| 8  | PRESBICIA                                                 | H524  | 202      |
| 9  | RINITIS ALERGICA- NO ESPECIFICADA                         | J304  | 193      |
| 10 | MIOPIA                                                    | H521  | 187      |

La institución adoptó las guías de atención de acuerdo a la Resolución 139 del 16 de octubre de 2025, mediante el cual se adoptan las guías de práctica clínica para el manejo de pacientes Cehani E.S.E., que para el proceso de evaluación se hace la aplicación de la siguiente metodología.

Verificadas las actas de comité de Historias Clínicas, se pudo evidenciar la siguiente información, de acuerdo a la auditoria de las 4 primeras causas.

Para la evaluación de adherencia se realizó una revisión de historias clínicas de pacientes atendidos con diagnóstico de pterigión, tomando como referencia los criterios establecidos en la Guía de Práctica Clínica institucional.

Los criterios evaluados incluyeron:

- ✓ Identificación completa del paciente
- ✓ Valoración inicial, antecedentes, examen físico, diagnóstico y plan de manejo
- ✓ Criterios de pertinencia para el manejo
- ✓ Consentimiento informado

Cada criterio fue evaluado mediante una lista de verificación que permitió determinar el cumplimiento de los parámetros establecidos. Posteriormente, se realizó la consolidación de los resultados y el cálculo del porcentaje de adherencia total.

La meta institucional establecida para este indicador corresponde al 90% de cumplimiento.



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

### METODOLOGIA DE MUESTREO:

La fórmula para calcular el tamaño de la muestra en poblaciones finitas, utilizada cuando se conoce el tamaño total de la población que se va a estudiar. Esta fórmula es muy común en auditorías de calidad en salud, investigaciones clínicas y estudios estadísticos, ya que permite determinar cuántos registros, historias clínicas o individuos deben revisarse para que los resultados sean confiables.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

#### Significado de cada variable:

n: tamaño de la muestra que se debe seleccionar.

N: tamaño total de la población (por ejemplo, total de historias clínicas o pacientes). (638)

Z: valor asociado al nivel de confianza estadística (por ejemplo 1.96 para 95% de confianza)..

p: probabilidad de ocurrencia del evento que se estudia (cuando no se conoce generalmente se usa 0.5).

q: probabilidad de no ocurrencia del evento ( $q = 1 - p$ ).

e: margen de error permitido en el estudio (por ejemplo 5% = 0.05).

$$n = \frac{638 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,005)^2 \cdot (638-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} \cdot 100 \quad n = 190$$

#### Descripción del muestreo

El muestreo en poblaciones finitas es un método estadístico utilizado cuando el número total de elementos de la población es conocido y limitado. Su objetivo es seleccionar una muestra representativa que permita realizar análisis o evaluaciones sin necesidad de estudiar la totalidad de la población, optimizando tiempo y recursos.

Este tipo de muestreo es ampliamente utilizado en auditorías de historias clínicas, evaluación de adherencia a guías de práctica clínica, estudios epidemiológicos y procesos de control de calidad en instituciones de salud.

La fórmula permite calcular el número mínimo de registros o individuos que deben ser incluidos en la muestra para garantizar que los resultados obtenidos tengan un nivel determinado de confianza estadística y un margen de error aceptable.

#### Escala de calificación:

El porcentaje de adherencia a guías de atención permite evaluar el grado en que los profesionales de salud cumplen con los lineamientos clínicos establecidos para la atención



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

de los pacientes. Este indicador es fundamental en los procesos de calidad y auditoría en salud, ya que refleja la correcta aplicación de protocolos, guías de práctica clínica y normas institucionales.

### **Análisis de la escala de calificación**

**Muy deficiente (0 % – 49 %) :**

Este rango indica un bajo cumplimiento de las guías de atención, evidenciando fallas importantes en la aplicación de los protocolos establecidos. Puede estar asociado a falta de capacitación del personal, desconocimiento de las guías, debilidades en los procesos de supervisión o deficiencias en el registro de la información en las historias clínicas. Este resultado representa alto riesgo para la calidad y seguridad del paciente, por lo que requiere la implementación inmediata de planes de mejora, capacitación y seguimiento.

**Deficiente (50 % – 79 %)**

En este nivel se evidencia que existe cumplimiento parcial de las guías, pero aún se presentan inconsistencias en la aplicación de los lineamientos clínicos. Aunque algunos procesos se realizan adecuadamente, persisten brechas en el registro o en la ejecución de las actividades establecidas. Se recomienda fortalecer las estrategias de adherencia, socialización de guías, auditorías concurrentes y retroalimentación al personal asistencial.

**Adecuado (80 % – 89 %)**

Este resultado muestra un buen nivel de cumplimiento de las guías de atención, lo que refleja que la mayoría de los procesos asistenciales se realizan conforme a los lineamientos establecidos. Sin embargo, todavía existen oportunidades de mejora para alcanzar niveles de excelencia. En este caso es importante mantener los procesos de capacitación, seguimiento y control, con el fin de mejorar la consistencia en la aplicación de las guías.

**Óptimo (90 % – 100 %)**

Este rango representa un alto grado de adherencia a las guías de atención, lo que indica que los profesionales de salud aplican correctamente los protocolos clínicos y registran adecuadamente las actividades realizadas. Este resultado refleja fortalecimiento de la cultura de calidad, seguridad del paciente y cumplimiento normativo. Se recomienda mantener las estrategias implementadas y realizar monitoreo periódico para garantizar la sostenibilidad del indicador.



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   |                                         | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Versión: 4                                 |

| PORCENTAJE ADHERENCIA A GUIAS DE ATENCION |                |
|-------------------------------------------|----------------|
| VALOR                                     | CALIFICACION   |
| De 0 a 49                                 | Muy deficiente |
| De 50 a 79                                | Deficiente     |
| De 80 a 89                                | Adecuado       |
| De 90 a 100                               | Óptimo         |

## 2. INSTRUMENTO APLICADO:

Para la evaluación de la adherencia a la guía de práctica clínica y la verificación del adecuado registro de la información en las historias clínicas, se utilizó un instrumento de auditoría tipo lista de chequeo o lista de verificación, diseñado para revisar de manera sistemática el cumplimiento de los criterios establecidos en el proceso de atención del paciente.

Este instrumento permite evaluar la calidad del registro clínico y la aplicación de los lineamientos de atención establecidos en la guía de manejo, mediante la revisión de diferentes componentes que hacen parte de la historia clínica. La herramienta está estructurada en cuatro secciones principales, cada una con un conjunto de variables que permiten verificar la presencia y adecuado diligenciamiento de la información.

### ✓ Identificación del paciente:

La primera sección del instrumento corresponde a la verificación de los datos de identificación del paciente, con el fin de garantizar la correcta individualización del usuario, la trazabilidad de la atención y la seguridad del paciente dentro del proceso asistencial.

En este apartado se evalúa el registro de los siguientes datos:

- Apellidos y nombres completos del paciente.
- Número de historia clínica, el cual debe corresponder con el número del documento de identidad.
- Documento de identidad.
- Estado civil.
- Ocupación.
- Escolaridad.
- Fecha de nacimiento.
- Edad.



|                                                                                   |                                                |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | <b>PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b> | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   |                                                | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   | <b>CONSTANCIA</b>                              | Versión: 4                                 |

- Género.
- Dirección.
- Teléfono.
- Lugar de residencia.
- Nombre del acompañante.
- Teléfono del acompañante.
- Aseguradora y tipo de vinculación al sistema de salud.
- Procedencia del paciente.
- Fecha y hora de la atención.
- Identificación del profesional responsable de la atención.

La revisión de estos elementos permite determinar si la historia clínica cumple con los requisitos mínimos de identificación establecidos en los estándares de calidad en salud.

#### ✓ **Valoración inicial, examen físico, diagnóstico y plan de manejo**

La segunda sección del instrumento evalúa la valoración clínica realizada al paciente, verificando que el profesional de salud haya realizado una adecuada evaluación inicial y que esta se encuentre debidamente registrada en la historia clínica.

Dentro de esta sección se revisan los siguientes aspectos:

- Orientación sexual.
- Motivo de consulta.
- Enfermedad actual.
- Registro de antecedentes según el instructivo institucional.
- Revisión por sistemas.
- Examen físico.
- Paraclínicos y exámenes complementarios.
- Registro de los diagnósticos.
- Registro del plan de manejo.
- Justificación clínica.
- Recomendaciones médicas.

Este componente permite determinar si el proceso de atención clínica se desarrolla de forma integral, garantizando una adecuada valoración del paciente y una correcta toma de decisiones terapéuticas.



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

### ✓ Criterios de pertinencia

La tercera sección del instrumento evalúa la pertinencia del manejo clínico, verificando que el tratamiento indicado se encuentre alineado con los lineamientos establecidos en la guía de práctica clínica.

En esta sección se analiza específicamente si:

- El plan de tratamiento realizado al paciente corresponde con lo establecido en la guía de manejo.

Este criterio permite evaluar la correcta aplicación de la evidencia científica en la práctica clínica y la estandarización de los procesos de atención.

### ✓ Consentimiento informado

La última sección del instrumento está orientada a verificar el cumplimiento de los aspectos éticos y legales relacionados con la atención en salud, específicamente el diligenciamiento del consentimiento informado.

En este apartado se revisa:

- Diligenciamiento del consentimiento informado.
- Correcto diligenciamiento del documento.
- Registro de la información sobre los riesgos del tratamiento o procedimiento.
- Registro de los riesgos del tratamiento.
- Firma del médico tratante.
- Firma del paciente o familiar responsable.

Este componente es fundamental para garantizar el respeto por la autonomía del paciente y el cumplimiento de los principios éticos en la prestación de los servicios de salud.

### ✓ Utilidad del instrumento

La aplicación de este instrumento permite identificar el grado de cumplimiento en el registro clínico y en la aplicación de los criterios establecidos en la guía de práctica clínica, facilitando la identificación de fortalezas y oportunidades de mejora en los procesos asistenciales.

De igual manera, contribuye al fortalecimiento de los procesos de auditoría clínica, seguridad del paciente y mejoramiento continuo de la calidad de la atención, permitiendo implementar



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   |                                         | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Versión: 4                                 |

acciones correctivas y preventivas orientadas al cumplimiento de los estándares institucionales y normativos.

### 3. MEDICION Y RESULTADOS DEL INDICADOR:

Los resultados obtenidos en la evaluación de adherencia fueron los siguientes:

| CRITERIO EVALUADO                                                       | RESULTADO    |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------|
| No de Historias clínicas con porcentaje de mayor al 90% de cumplimiento | 164          |
| Total de historias Clínicas auditadas                                   | 190          |
| <b>TOTAL ADHERENCIA A LA GUIA</b>                                       | <b>86.31</b> |
| <b>META INSTITUCIONAL</b>                                               | <b>80</b>    |

### 4. ANALISIS DE RESULTADOS:

Durante el periodo evaluado se auditó un total de 190 historias clínicas, de las cuales 164 alcanzaron un porcentaje de cumplimiento superior al 90% en los criterios establecidos para la guía de práctica clínica de catarata. Como resultado, se obtuvo una adherencia global de 86,31%, valor que se encuentra por encima de la meta institucional fijada en 80%.

Este resultado evidencia un desempeño favorable en la aplicación de la guía de práctica clínica, lo que indica que, en términos generales, el personal asistencial está cumpliendo con los lineamientos definidos por la institución para la atención de pacientes con catarata. El hecho de superar la meta institucional demuestra un adecuado nivel de adherencia, así como compromiso con la calidad de la atención y con los procesos de auditoría clínica.

Sin embargo, aunque el indicador presenta un comportamiento positivo, se identifica que 26 historias clínicas no alcanzaron el porcentaje esperado de cumplimiento superior al 90%, lo cual pone en evidencia oportunidades de mejora relacionadas con la aplicación integral de la guía, la consistencia en los registros clínicos y la estandarización de la atención. Esto hace necesario continuar fortaleciendo los mecanismos de seguimiento, evaluación y retroalimentación al talento humano en salud.

En términos generales, el indicador muestra que la institución mantiene una adecuada adherencia a la guía de práctica clínica de catarata, pero debe continuar promoviendo acciones de mejoramiento continuo que permitan optimizar aún más el cumplimiento,



|                                                                                   |                                         |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052<br>Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Versión: 4                                                       |

disminuir las brechas identificadas y consolidar una atención segura, oportuna y basada en criterios clínicos establecidos.

## 5. CONCLUSIONES:

- ✓ El indicador de adherencia a la guía de práctica clínica de catarata alcanzó un resultado de 86,31%, superando la meta institucional del 80%, lo que refleja un cumplimiento satisfactorio.
- ✓ De las 190 historias clínicas auditadas, 164 presentaron un cumplimiento superior al 90%, evidenciando una adecuada aplicación de los lineamientos establecidos para la atención de pacientes con catarata.
- ✓ El resultado obtenido demuestra fortalezas en los procesos asistenciales, en la adherencia del personal a la guía clínica y en el cumplimiento de los estándares de calidad institucional.
- ✓ A pesar del resultado favorable, persisten oportunidades de mejora, dado que 26 historias clínicas no alcanzaron el nivel de cumplimiento esperado, lo que indica la necesidad de seguir fortaleciendo la calidad del registro y la adherencia completa a la guía.
- ✓ Se recomienda mantener estrategias de auditoría, seguimiento y capacitación continua, orientadas a mejorar progresivamente el desempeño del indicador y a reducir la variabilidad en la práctica clínica.
- ✓ En conclusión, la institución presenta un comportamiento positivo frente al cumplimiento de la guía de práctica clínica de catarata, con resultados que respaldan la calidad del proceso de atención, aunque con necesidad de continuar en mejoramiento continuo

Firma

  
Miguel Angel Pantoja Cabrera  
Subgerencia Técnica

  
Yenith Eufemia Campaña Imbaquin  
secretario técnico

Calle 18 # 45 - 49 Teléfono: 737 42 52  
<http://cehani.gov.co>  
Pasto - Nariño - Colombia

|                                                                                                        |                                             |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <br>NIT 891200638 - 1 | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                        |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                        | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

## INDICADOR 27

### Cuarta Causa (Epilepsia)

#### Evaluación de aplicación de las guías de manejo de las cuatro primeras causas de morbilidad de la ESE

De acuerdo con el perfil epidemiológico institucional, la Epilepsia (tipo no especificado) [CIE10: G409] se identifica como la cuarta causa de consulta en la entidad, registrando un total de 624 casos. Se seleccionó una muestra representativa de 188 historias clínicas mediante una fórmula estadística para poblaciones finitas, con el fin de auditar la adherencia a la guía de práctica clínica institucional.

Los resultados de la auditoría técnica arrojaron un porcentaje de adherencia global del 84,57%, Este resultado se sustenta en que 159 historias clínicas de la muestra alcanzaron un nivel de cumplimiento superior al 90%, evidenciando fortalezas en la identificación del paciente, la valoración clínica integral, el diagnóstico, el plan de manejo y el diligenciamiento del consentimiento informado.

En conclusión, el comportamiento del indicador para la Epilepsia demuestra un desempeño favorable y un compromiso del personal asistencial con la estandarización de los procesos de atención. No obstante, se identificaron historias clínicas que no alcanzaron el nivel de adherencia esperado, lo que señala la necesidad de fortalecer la vigilancia de la calidad del registro clínico. Se recomienda continuar con las estrategias de capacitación y retroalimentación para reducir la variabilidad en la práctica clínica y avanzar hacia niveles de cumplimiento óptimos



|                                                                                                        |                                             |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <br>NIT 891200638 - 1 | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                        |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                        | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

| <b>FORMULA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía para las cuatro primeras causas de morbilidad de la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas de la muestra representativa para las cuatro primeras causas de morbilidad |
| <b>APLICACIÓN DE LA FORMULA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 159/188                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>RESULTADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 84,5%                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>ANEXOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Informe del comité de historias clínicas que como mínimo contenga referencia al acto administrativo de la adopción de guías de manejo de las cuatro primeras causas de morbilidad de la ESE, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la formula del indicador                      |

|                                                                                                            |                                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p>NIT 891200638 - 1</p> | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: FR-DRE-039                      |
|                                                                                                            |                                             | Fecha de aplicación: 23 febrero de 2022 |
|                                                                                                            | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                   | Versión: 0                              |

# SOORTE INDICADOR 27 CERTIFICADO COMITÉ HISTORIAS CLINICAS

|                                                                                   |                                         |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052<br>Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Versión: 4                                                       |

## INFORME COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

### 1. METODOLOGÍA DE EVALUACION Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para la aplicación del indicador 27 de la Resolución 408 de 2018, se tuvo en cuenta el perfil epidemiológico el cual hace referencia a:

| Nº | DIAGNOSTICO                                               | CIE10 | CANTIDAD |
|----|-----------------------------------------------------------|-------|----------|
| 1  | PTERIGION                                                 | H110  | 913      |
| 2  | ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA- SIN OTRA ESPECIFICACION | M059  | 829      |
| 3  | CATARATA SENIL NUCLEAR                                    | H251  | 638      |
| 4  | EPILEPSIA- TIPO NO ESPECIFICADO                           | G409  | 624      |
| 5  | SINDROME SECO [SJÖGREN]                                   | M350  | 304      |
| 6  | HIPOACUSIA- NO ESPECIFICADA                               | H919  | 210      |
| 7  | CATARATA- NO ESPECIFICADA                                 | H269  | 203      |
| 8  | PRESBICIA                                                 | H524  | 202      |
| 9  | RINITIS ALERGICA- NO ESPECIFICADA                         | J304  | 193      |
| 10 | MIOPIA                                                    | H521  | 187      |

La institución adoptó las guías de atención de acuerdo a la Resolución 139 del 16 de octubre de 2025, mediante el cual se adoptan las guías de práctica clínica para el manejo de pacientes Cehani E.S.E., que para el proceso de evaluación se hace la aplicación de la siguiente metodología.

Verificadas las actas de comité de Historias Clínicas, se pudo evidenciar la siguiente información, de acuerdo a la auditoria de las 4 primeras causas.

Para la evaluación de adherencia se realizó una revisión de historias clínicas de pacientes atendidos con diagnóstico de pterigión, tomando como referencia los criterios establecidos en la Guía de Práctica Clínica institucional.

Los criterios evaluados incluyeron:

- ✓ Identificación completa del paciente
- ✓ Valoración inicial, antecedentes, examen físico, diagnóstico y plan de manejo
- ✓ Criterios de pertinencia para el manejo
- ✓ Consentimiento informado

Cada criterio fue evaluado mediante una lista de verificación que permitió determinar el cumplimiento de los parámetros establecidos. Posteriormente, se realizó la consolidación de los resultados y el cálculo del porcentaje de adherencia total.

La meta institucional establecida para este indicador corresponde al 80% de cumplimiento.



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

### METODOLOGIA DE MUESTREO:

La fórmula para calcular el tamaño de la muestra en poblaciones finitas, utilizada cuando se conoce el tamaño total de la población que se va a estudiar. Esta fórmula es muy común en auditorías de calidad en salud, investigaciones clínicas y estudios estadísticos, ya que permite determinar cuántos registros, historias clínicas o individuos deben revisarse para que los resultados sean confiables.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

### Significado de cada variable:

n: tamaño de la muestra que se debe seleccionar.

N: tamaño total de la población (por ejemplo, total de historias clínicas o pacientes) (624).

Z: valor asociado al nivel de confianza estadística (por ejemplo 1.96 para 95% de confianza).

p: probabilidad de ocurrencia del evento que se estudia (cuando no se conoce generalmente se usa 0.5).

q: probabilidad de no ocurrencia del evento ( $q = 1 - p$ ).

e: margen de error permitido en el estudio (por ejemplo 5% = 0.05).

$$n = \frac{624 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,005)^2 \cdot (624-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} \cdot 100 \quad n = 189$$

### Descripción del muestreo

El muestreo en poblaciones finitas es un método estadístico utilizado cuando el número total de elementos de la población es conocido y limitado. Su objetivo es seleccionar una muestra representativa que permita realizar análisis o evaluaciones sin necesidad de estudiar la totalidad de la población, optimizando tiempo y recursos.

Este tipo de muestreo es ampliamente utilizado en auditorías de historias clínicas, evaluación de adherencia a guías de práctica clínica, estudios epidemiológicos y procesos de control de calidad en instituciones de salud.

La fórmula permite calcular el número mínimo de registros o individuos que deben ser incluidos en la muestra para garantizar que los resultados obtenidos tengan un nivel determinado de confianza estadística y un margen de error aceptable.

### Escala de calificación:

El porcentaje de adherencia a guías de atención permite evaluar el grado en que los profesionales de salud cumplen con los lineamientos clínicos establecidos para la atención de los pacientes. Este indicador es fundamental en los procesos de calidad y auditoría en salud, ya que refleja la correcta aplicación de protocolos, guías de práctica clínica y normas institucionales.



|                                                                                                                                                                   |                                                |                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <br><small>Empresa Social del Estado</small><br><small>MTT 891200638 - 1</small> | <b>PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b> | Código: FR-GSI-052<br>Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                                                                                                   | <b>CONSTANCIA</b>                              | Versión: 4                                                       |

### Análisis de la escala de calificación

**Muy deficiente (0% – 49%) :**

Este rango indica un bajo cumplimiento de las guías de atención, evidenciando fallas importantes en la aplicación de los protocolos establecidos. Puede estar asociado a falta de capacitación del personal, desconocimiento de las guías, debilidades en los procesos de supervisión o deficiencias en el registro de la información en las historias clínicas. Este resultado representa alto riesgo para la calidad y seguridad del paciente, por lo que requiere la implementación inmediata de planes de mejora, capacitación y seguimiento.

**Deficiente (50% – 79%)**

En este nivel se evidencia que existe cumplimiento parcial de las guías, pero aún se presentan inconsistencias en la aplicación de los lineamientos clínicos. Aunque algunos procesos se realizan adecuadamente, persisten brechas en el registro o en la ejecución de las actividades establecidas. Se recomienda fortalecer las estrategias de adherencia, socialización de guías, auditorías concurrentes y retroalimentación al personal asistencial.

**Adecuado (80 % – 89 %)**

Este resultado muestra un buen nivel de cumplimiento de las guías de atención, lo que refleja que la mayoría de los procesos asistenciales se realizan conforme a los lineamientos establecidos. Sin embargo, todavía existen oportunidades de mejora para alcanzar niveles de excelencia. En este caso es importante mantener los procesos de capacitación, seguimiento y control, con el fin de mejorar la consistencia en la aplicación de las guías.

**Óptimo (90 % – 100 %)**

Este rango representa un alto grado de adherencia a las guías de atención, lo que indica que los profesionales de salud aplican correctamente los protocolos clínicos y registran adecuadamente las actividades realizadas. Este resultado refleja fortalecimiento de la cultura de calidad, seguridad del paciente y cumplimiento normativo. Se recomienda mantener las estrategias implementadas y realizar monitoreo periódico para garantizar la sostenibilidad del indicador.

| PORCENTAJE ADHERENCIA A GUIAS DE ATENCION |                |
|-------------------------------------------|----------------|
| VALOR                                     | CALIFICACION   |
| De 0 a 49                                 | Muy deficiente |
| De 50 a 79                                | Deficiente     |
| De 80 a 89                                | Adecuado       |
| De 90 a 100                               | Óptimo         |



|                                                                                                                      |                                                |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <br><small>NIT 89200638 - 1</small> | <b>PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b> | Código: FR-GSI-052<br>Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                                                      | <b>CONSTANCIA</b>                              | Versión: 4                                                       |

## 2. INSTRUMENTO APLICADO:

Para la evaluación de la adherencia a la guía de práctica clínica y la verificación del adecuado registro de la información en las historias clínicas, se utilizó un instrumento de auditoría tipo lista de chequeo o lista de verificación, diseñado para revisar de manera sistemática el cumplimiento de los criterios establecidos en el proceso de atención del paciente.

Este instrumento permite evaluar la calidad del registro clínico y la aplicación de los lineamientos de atención establecidos en la guía de manejo, mediante la revisión de diferentes componentes que hacen parte de la historia clínica. La herramienta está estructurada en cuatro secciones principales, cada una con un conjunto de variables que permiten verificar la presencia y adecuado diligenciamiento de la información.

### ✓ Identificación del paciente:

La primera sección del instrumento corresponde a la verificación de los datos de identificación del paciente, con el fin de garantizar la correcta individualización del usuario, la trazabilidad de la atención y la seguridad del paciente dentro del proceso asistencial.

En este apartado se evalúa el registro de los siguientes datos:

- Apellidos y nombres completos del paciente.
- Número de historia clínica, el cual debe corresponder con el número del documento de identidad.
- Documento de identidad.
- Estado civil.
- Ocupación.
- Escolaridad.
- Fecha de nacimiento.
- Edad.
- Género.
- Dirección.
- Teléfono.
- Lugar de residencia.
- Nombre del acompañante.
- Teléfono del acompañante.
- Aseguradora y tipo de vinculación al sistema de salud.
- Procedencia del paciente.
- Fecha y hora de la atención.



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

- Identificación del profesional responsable de la atención.

La revisión de estos elementos permite determinar si la historia clínica cumple con los requisitos mínimos de identificación establecidos en los estándares de calidad en salud.

#### ✓ Valoración inicial, examen físico, diagnóstico y plan de manejo

La segunda sección del instrumento evalúa la valoración clínica realizada al paciente, verificando que el profesional de salud haya realizado una adecuada evaluación inicial y que esta se encuentre debidamente registrada en la historia clínica.

Dentro de esta sección se revisan los siguientes aspectos:

- Orientación sexual.
- Motivo de consulta.
- Enfermedad actual.
- Registro de antecedentes según el instructivo institucional.
- Revisión por sistemas.
- Examen físico.
- Paraclínicos y exámenes complementarios.
- Registro de los diagnósticos.
- Registro del plan de manejo.
- Justificación clínica.
- Recomendaciones médicas.

Este componente permite determinar si el proceso de atención clínica se desarrolla de forma integral, garantizando una adecuada valoración del paciente y una correcta toma de decisiones terapéuticas.

#### ✓ Criterios de pertinencia

La tercera sección del instrumento evalúa la pertinencia del manejo clínico, verificando que el tratamiento indicado se encuentre alineado con los lineamientos establecidos en la guía de práctica clínica.

En esta sección se analiza específicamente si:

- El plan de tratamiento realizado al paciente corresponde con lo establecido en la guía de manejo.



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

Este criterio permite evaluar la correcta aplicación de la evidencia científica en la práctica clínica y la estandarización de los procesos de atención.

#### ✓ Consentimiento informado

La última sección del instrumento está orientada a verificar el cumplimiento de los aspectos éticos y legales relacionados con la atención en salud, específicamente el diligenciamiento del consentimiento informado.

En este apartado se revisa:

- Diligenciamiento del consentimiento informado.
- Correcto diligenciamiento del documento.
- Registro de la información sobre los riesgos del tratamiento o procedimiento.
- Registro de los riesgos del tratamiento.
- Firma del médico tratante.
- Firma del paciente o familiar responsable.

Este componente es fundamental para garantizar el respeto por la autonomía del paciente y el cumplimiento de los principios éticos en la prestación de los servicios de salud.

#### ✓ Utilidad del instrumento

La aplicación de este instrumento permite identificar el grado de cumplimiento en el registro clínico y en la aplicación de los criterios establecidos en la guía de práctica clínica, facilitando la identificación de fortalezas y oportunidades de mejora en los procesos asistenciales.

De igual manera, contribuye al fortalecimiento de los procesos de auditoría clínica, seguridad del paciente y mejoramiento continuo de la calidad de la atención, permitiendo implementar acciones correctivas y preventivas orientadas al cumplimiento de los estándares institucionales y normativos.



|                                                                                                                                                                   |                                                |                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <br><small>Empresa Sector del Estado</small><br><small>WTT 091200638 - 1</small> | <b>PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b> | Código: FR-GSI-052<br>Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                                                                                                   | <b>CONSTANCIA</b>                              | Versión: 4                                                       |

### 3. MEDICION Y RESULTADOS DEL INDICADOR:

Los resultados obtenidos en la evaluación de adherencia fueron los siguientes:

| CRITERIO EVALUADO                                                       | RESULTADO    |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------|
| No de Historias clinicas con porcentaje de mayor al 90% de cumplimiento | 159          |
| Total de historias Clinicas auditadas                                   | 189          |
| <b>TOTAL ADHERENCIA A LA GUIA</b>                                       | <b>84.12</b> |
| <b>META INSTITUCIONAL</b>                                               | <b>80</b>    |

### 4. ANALISIS DE RESULTADOS:

Durante el periodo evaluado se auditaron 189 historias clínicas, de las cuales 159 alcanzaron un porcentaje de cumplimiento mayor al 90% en relación con los criterios establecidos en la guía de manejo de epilepsia. Como resultado, se obtuvo una adherencia global de 84,12%, cifra que se encuentra por encima de la meta institucional establecida en 80%.

Este resultado evidencia un cumplimiento favorable por parte del personal asistencial en la aplicación de los lineamientos definidos para la atención de los pacientes con epilepsia, lo que sugiere que, en términos generales, existe apropiación de la guía clínica y seguimiento de los criterios de atención establecidos por la institución. Superar la meta institucional refleja un desempeño aceptable y demuestra avances en los procesos de calidad y auditoría clínica.

No obstante, aunque el indicador cumple y supera la meta, también se observa que 30 historias clínicas no alcanzaron el nivel esperado de adherencia superior al 90%, lo cual indica la existencia de oportunidades de mejora en la documentación, el registro clínico o la aplicación completa de la guía. Esto sugiere la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias de seguimiento, retroalimentación al personal de salud y procesos de capacitación continua, con el fin de lograr una mayor estandarización en la atención.

En este sentido, el comportamiento del indicador permite concluir que la institución presenta un buen nivel de adherencia a la guía de epilepsia; sin embargo, es importante mantener acciones de mejoramiento continuo orientadas a incrementar el porcentaje de cumplimiento, reducir la variabilidad en la práctica clínica y asegurar una atención segura, oportuna y basada en lineamientos institucionales.



|                                                                                                                      |                                                |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <br><small>NT 891200438 - 1</small> | <b>PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b> | Código: FR-GSI-052<br>Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                                                      | <b>CONSTANCIA</b>                              | Versión: 4                                                       |

#### ✓ **Identificación del paciente**

En este componente se evidencia un adecuado registro de los datos básicos de identificación del usuario, lo cual permite garantizar la correcta individualización del paciente, la trazabilidad del proceso de atención y la seguridad en la prestación de los servicios de salud.

#### ✓ **Valoración inicial, examen físico, diagnóstico y plan de manejo**

Este componente refleja la adecuada realización del proceso clínico, incluyendo la valoración integral del paciente, la identificación del diagnóstico y la formulación del plan terapéutico. Los resultados indican que el personal asistencial realiza de manera apropiada la valoración clínica y documenta los hallazgos en la historia clínica.

#### ✓ **Criterios de pertinencia**

En relación con los criterios de pertinencia, se evidencia que el manejo terapéutico indicado para los pacientes se encuentra alineado con los lineamientos establecidos en la guía de práctica clínica, lo que garantiza la adecuada aplicación de la evidencia científica en la práctica médica.

#### ✓ **Consentimiento informado**

El componente de consentimiento informado presenta cumplimiento dentro de los registros evaluados, lo cual demuestra que se están respetando los principios éticos y legales relacionados con la autonomía del paciente y su derecho a recibir información clara sobre los procedimientos o tratamientos realizados.

En términos generales, los resultados evidencian un adecuado cumplimiento de los lineamientos establecidos en la guía de práctica clínica, contribuyendo a fortalecer la calidad de la atención brindada a los pacientes con diagnóstico de epilepsia.

### **5. CONCLUSIONES:**

- ✓ El indicador de adherencia a la guía de epilepsia alcanzó un resultado de 84,12%, lo que evidencia un cumplimiento satisfactorio frente a la meta institucional del 80%.
- ✓ De las 189 historias clínicas auditadas, 159 presentaron un nivel de cumplimiento superior al 90%, lo cual refleja una adecuada implementación de los lineamientos clínicos establecidos para la atención de pacientes con epilepsia.
- ✓ El resultado obtenido demuestra fortalezas en los procesos asistenciales y en la aplicación de la guía, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de la atención y al cumplimiento de los estándares institucionales.



|                                                                                   |                                         |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN | Código: FR-GSI-052                         |
|                                                                                   | CONSTANCIA                              | Fecha de aplicación:<br>9 de abril de 2024 |
|                                                                                   |                                         | Versión: 4                                 |

- ✓ A pesar de superar la meta propuesta, aún existen oportunidades de mejora, dado que una parte de las historias clínicas no alcanzó el nivel de adherencia esperado, lo que hace necesario fortalecer la vigilancia del cumplimiento y la calidad del registro clínico.
- ✓ Se recomienda continuar con las estrategias de seguimiento, retroalimentación y capacitación al personal de salud, con el fin de aumentar progresivamente la adherencia a la guía y reducir la variabilidad en la práctica clínica.
- ✓ En términos generales, el comportamiento del indicador permite concluir que la institución mantiene un desempeño favorable en la adherencia a la guía de epilepsia, pero debe sostener acciones de mejoramiento continuo para alcanzar niveles de cumplimiento más altos.

Firma



Miguel Angel Pantoja Cabrera  
Subgerencia Técnica



Yenith Eufemia Campaña Imbaquin  
secretario técnico