

Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. Informe Plan Operativo Anual 2025



Elaborado por:

Jonhatan Elizalde Quintero

Profesional Oficina Asesora de Planeación

Contenido

1	Introducción	5
2	Marco Normativo y Alienación Institucional	6
2.1	Alineación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)	6
2.2	Alineación con el Plan Estratégico Sectorial	6
2.3	Alineación con el Plan Estratégico Institucional.....	6
2.4	Alineación con el Plan de Acción Anual.....	7
3	Estructura del Plan Operativo Anual	7
4	Reporte General de Cumplimiento de Metas	8
4.1	Gráfica: Promedio de Cumplimiento de Metas POA	8
4.2	Gráfica: Distribución de indicadores por nivel de cumplimiento (49 indicadores)	9
5	Análisis Individual de Indicadores.....	10
5.1	Oportunidad en la entrega de informes de control interno	10
5.2	Porcentaje de cumplimiento del Plan Anual de Auditoría	11
5.3	Porcentaje de aceptación de glosa	12
5.4	Porcentaje de recaudo de cartera recuperable > 361 días.....	13
5.5	Porcentaje de recaudo trimestral de cartera de la vigencia	14
5.6	Porcentaje de recuperación de cartera < 360 días, con corte a 31 de diciembre del año anterior	15
5.7	Porcentaje de cumplimiento de requisiciones	16
5.8	Porcentaje de ejecución del Plan Anual de Adquisiciones.....	17
5.9	Oportunidad en la entrega de informes ambientales	18
5.10	Porcentaje de cumplimiento al cronograma de mantenimiento biomédico	19
5.11	Porcentaje de gestión de mantenimientos biomédicos correctivos.....	20
5.12	Porcentaje de cumplimiento al cronograma de mantenimiento de infraestructura	21
5.13	Porcentaje de anulación de cuentas por prestación de servicios de salud.....	22

5.14 Porcentaje de radicación de facturación	23
5.15 Porcentaje de Validación de Activos Fijos	24
5.16 Oportunidad en la entrega de informes de contabilidad	25
5.17 Suficiencia patrimonial y financiera (Obligaciones laborales)	26
5.18 Suficiencia patrimonial y financiera (Obligaciones mercantiles).....	27
5.19 Porcentaje de cumplimiento del programa de gestión del sistema de costos.....	28
5.20 Porcentaje de apalancamiento del presupuesto con recursos propios	29
5.21 Porcentaje de apalancamiento del presupuesto de ingresos (sin transferencias) con recaudo por recursos propios.....	30
5.22 Porcentaje de ejecución del presupuesto de gastos.....	31
5.23 Porcentaje de ejecución del presupuesto de ingresos	32
5.24 Porcentaje de liquidación y/o cierre de expediente de contratos del año anterior	33
5.25 Porcentaje de procesos y acciones administrativas gestionadas oportunamente.	34
5.26 Porcentaje de cumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de equipos de cómputo e impresoras	35
5.27 Porcentaje de cumplimiento del Programa de Integración del Sistema de Información	36
5.28 Porcentaje de implementación de las políticas de gobierno digital y de seguridad digital	37
5.29 Número de proyectos formulados o gestionados	38
5.30 Promedio de calificación de las dimensiones del Furag.....	39
5.31 Porcentaje de cumplimiento de las actividades planteadas en el plan de acción para la transformación y fortalecimiento del Sistema de Información y Atención al Usuario -SIAU	40
5.32 Porcentaje de cumplimiento del plan de acción para la implementación de las políticas de atención con enfoque diferencial y humanización.....	41
5.33 Proporción de Satisfacción Global de los Usuarios	42
5.34 Tiempo Promedio en la Gestión de PQRS-D	43

5.35 Porcentaje de Cumplimiento a los Planes de Mejoramiento Establecidos para el SIC (Sistema de información para el mejoramiento de la calidad)	44
5.36 Porcentaje de Cumplimiento del Plan del Sistema Único de Habitación	45
5.37 Porcentaje de efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud PAMEC	46
5.38 Promedio de Calificación de los Grupos de Estándares de Acreditación	47
5.39 Porcentaje de Accidentalidad Laboral	48
5.40 Porcentaje de cumplimiento de actividades del plan de bienestar social e incentivos.....	49
5.41 Porcentaje de convivientes del programa de Lepra diagnosticados con la enfermedad.....	50
5.42 Porcentaje de cumplimiento del Programa Hansen	51
5.43 Porcentaje de pacientes del programa de Lepra sin aumento del grado de discapacidad	52
5.44 Número de capacitaciones y/o asistencias técnicas en Hansen.....	53
5.45 Porcentaje de cumplimiento a citas médicas de los pacientes Albergados.....	54
5.46 Porcentaje de cumplimiento del Plan de Acción de Seguridad del paciente	55
5.47 Número de estrategias implementadas de promoción y mantenimiento de la salud orientadas a la reducción de complicaciones asociadas a la morbilidad	56
5.48 Porcentaje de Adherencia a la Ruta Materno Perinatal.....	57
5.49 Proporción de Pacientes Hipertensos Controlados	58
6 Seguimiento y Mecanismos de Reporte	58
7 Conclusiones	59

1 Introducción

El Plan Operativo Anual (POA) del Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. constituye el instrumento de planeación y gestión que orienta la ejecución institucional durante la vigencia, mediante la programación de actividades, metas e indicadores asociados a los procesos misionales, estratégicos y de apoyo. A través del POA se definen compromisos medibles que permiten organizar recursos, priorizar acciones y fortalecer la toma de decisiones con base en resultados.

En el marco del seguimiento al POA, el Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. realizó monitoreo periódico a un total de 49 indicadores, con el propósito de verificar el avance de las metas establecidas, identificar alertas tempranas y determinar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios y en la gestión administrativa. Este informe presenta la consolidación del seguimiento efectuado, describiendo el comportamiento de los indicadores, los principales hallazgos derivados del análisis y las acciones orientadas al mejoramiento continuo, en concordancia con los objetivos institucionales y los lineamientos de control y evaluación de la gestión.

2 Marco Normativo y Alienación Institucional

El POA del Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. se formula y ejecuta como parte del sistema institucional de planeación y seguimiento, en coherencia con los lineamientos de gestión pública y el direccionamiento estratégico del sector salud. En este sentido, el POA articula objetivos, actividades, metas e indicadores para asegurar el cumplimiento de la misión institucional y fortalecer el desempeño, la eficiencia y la mejora continua.

2.1 Alineación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) orienta la articulación entre planeación, gestión y control bajo un enfoque de resultados. En este marco, el POA se constituye en el instrumento operativo que soporta la medición del desempeño institucional, la implementación de acciones de mejora y el seguimiento periódico de metas e indicadores, contribuyendo a la evaluación y toma de decisiones en instancias institucionales.

2.2 Alineación con el Plan Estratégico Sectorial

El POA se estructura en correspondencia con el Plan Estratégico Sectorial, en tanto incorpora acciones y metas orientadas al fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, la calidad, la eficiencia operativa y el cumplimiento de prioridades sectoriales. Esta articulación asegura consistencia entre la programación institucional y los objetivos definidos para el sector.

2.3 Alineación con el Plan Estratégico Institucional

El POA operacionaliza el Plan Estratégico Institucional, traduciendo los objetivos estratégicos en actividades medibles, responsables definidos, cronogramas e indicadores de seguimiento. De esta manera, se facilita la ejecución anual del direccionamiento estratégico, permitiendo evidenciar avances y resultados frente a las metas institucionales.

2.4 Alineación con el Plan de Acción Anual

El POA se articula con el Plan de Acción Anual, integrando las actividades priorizadas para la vigencia en un esquema de seguimiento y reporte que facilita el control de la ejecución. Esta alineación permite mantener coherencia entre lo planificado y lo ejecutado, y fortalece la gestión orientada a resultados.

3 Estructura del Plan Operativo Anual

El Plan Operativo Anual (POA) del Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. está compuesto por 49 indicadores, definidos para medir el avance institucional de manera integral y asegurar el control del cumplimiento de metas durante la vigencia. Los indicadores se agrupan en las siguientes categorías: Cumplimiento, Eficacia, Estratégico, Eficiencia, Operativo, Gestión, Solvencia, Financiero, Desempeño y Cualitativo.

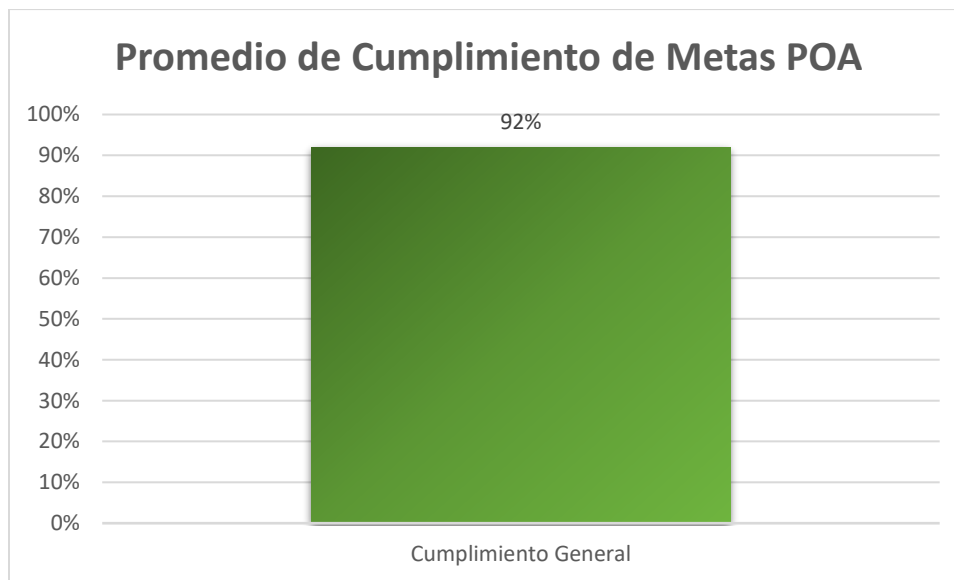
Cada indicador cuenta con su respectiva meta y con una ficha técnica que establece su propósito, definición, método de medición (incluida la fórmula cuando aplica), fuentes de información, periodicidad, responsables y criterios de interpretación. Con base en esta estructura, se realiza seguimiento periódico, se consolidan resultados y se presentan en los espacios institucionales definidos para el análisis y la toma de decisiones.

4 Reporte General de Cumplimiento de Metas

Con el fin de presentar una visión consolidada del avance del Plan Operativo Anual (POA), este numeral resume el comportamiento global de los 49 indicadores objeto de seguimiento a través de dos lecturas complementarias: (i) el promedio de cumplimiento general de metas y (ii) la clasificación de los indicadores según su nivel de cumplimiento. Esta presentación permite identificar el desempeño general y, a la vez, reconocer la distribución de resultados para orientar prioridades de mejora.

4.1 Gráfica: Promedio de Cumplimiento de Metas POA

La gráfica de “Promedio de Cumplimiento de Metas POA” evidencia un cumplimiento general del 92%. Este resultado indica que, en promedio, las metas definidas para los indicadores del POA presentan un nivel de avance alto, reflejando un desempeño favorable en la ejecución y seguimiento institucional. No obstante, al tratarse de un promedio, su lectura debe complementarse con la clasificación por niveles, a fin de identificar los indicadores que, pese al buen resultado global, requieren acciones de fortalecimiento.

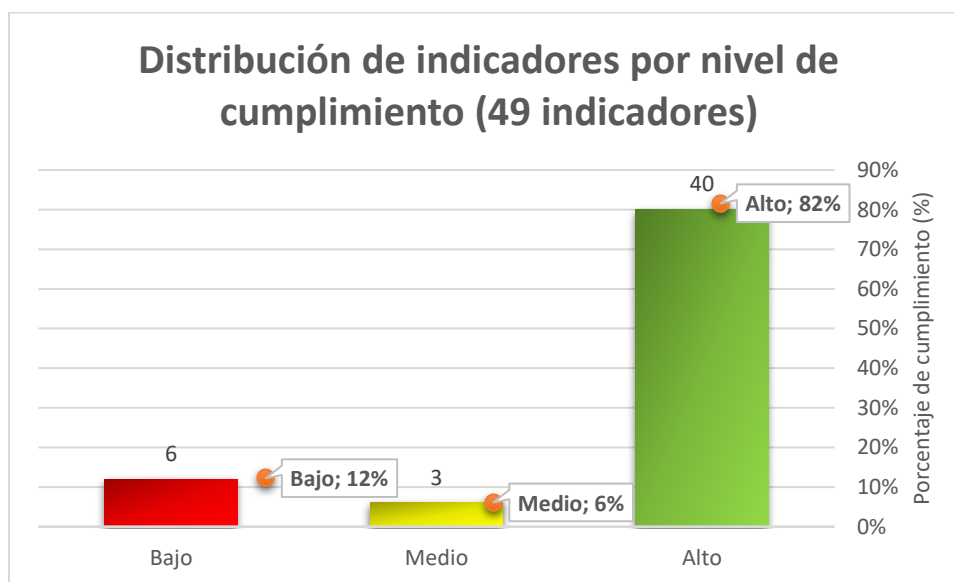


Gráfica 1: Promedio de Cumplimiento de Metas POA

4.2 Gráfica: Distribución de indicadores por nivel de cumplimiento (49 indicadores)

La gráfica presenta la distribución de los 49 indicadores en tres rangos de desempeño, definidos por el porcentaje alcanzado: Bajo (0%–69%), Medio (70%–89%) y Alto (90%–100%). La representación tipo semáforo facilita la interpretación: Bajo en rojo, Medio en amarillo y Alto en verde.

Los resultados muestran que 40 indicadores (82%) se ubican en nivel Alto, 3 indicadores (6%) en nivel Medio y 6 indicadores (12%) en nivel Bajo. Esta distribución confirma que la mayoría de los indicadores alcanzan un desempeño favorable; sin embargo, se identifican 9 indicadores en niveles Medio y Bajo que requieren análisis detallado, definición de acciones de mejora y seguimiento priorizado para cerrar brechas y asegurar el cumplimiento integral del POA.



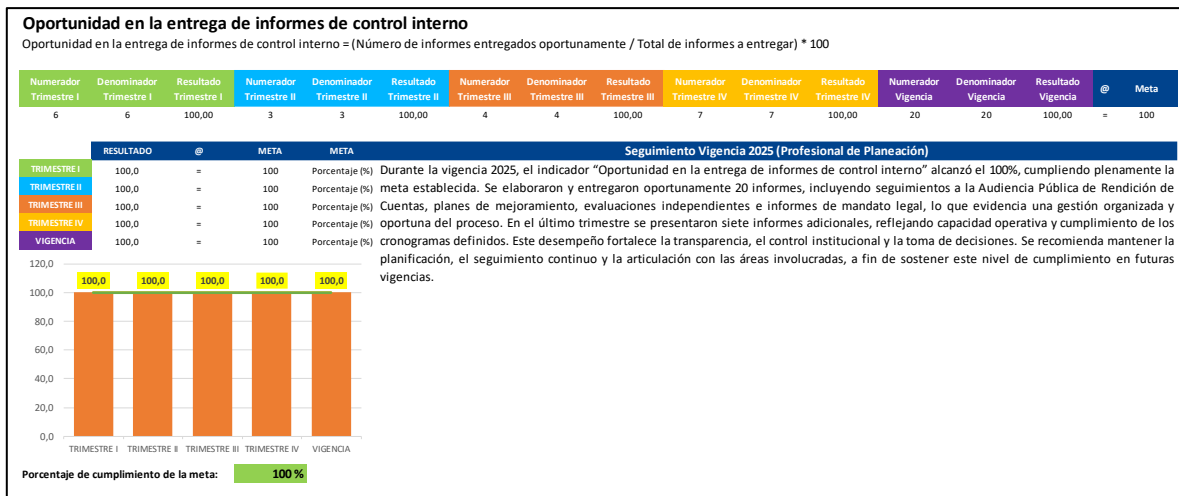
Gráfica 2: Distribución de indicadores por nivel de cumplimiento (49 indicadores)

5 Análisis Individual de Indicadores

A continuación, se presenta el análisis individual de los indicadores del POA, detallando para cada uno el resultado obtenido frente a la meta establecida, su porcentaje de cumplimiento, la clasificación correspondiente (Bajo, Medio o Alto) y las principales observaciones derivadas del seguimiento. Este análisis permite identificar brechas específicas, reconocer avances relevantes y definir acciones puntuales de mejora, las cuales se revisan y priorizan en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

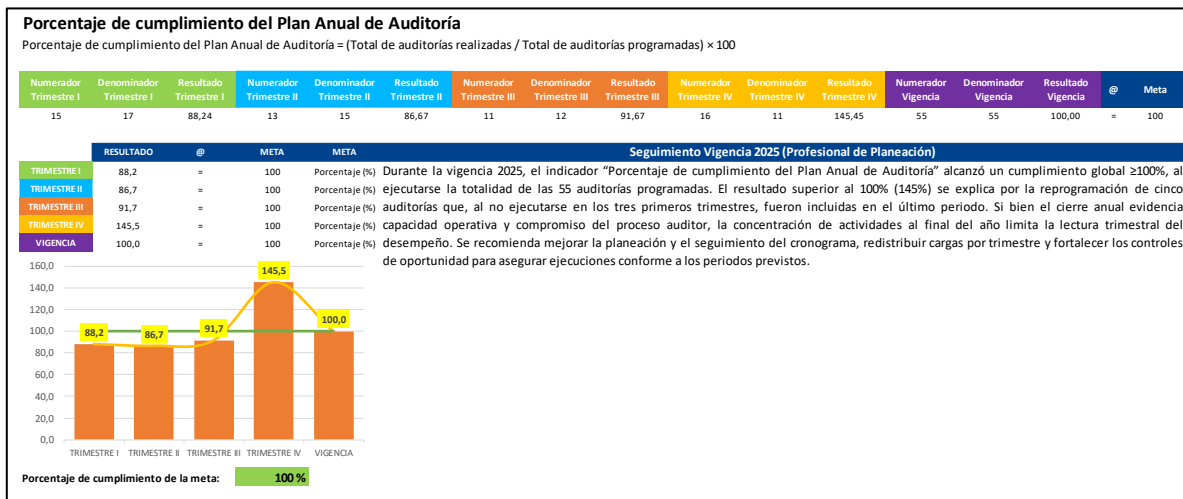
5.1 Oportunidad en la entrega de informes de control interno

Durante la vigencia 2025, el indicador “Oportunidad en la entrega de informes de control interno” alcanzó el 100%, cumpliendo plenamente la meta establecida. Se elaboraron y entregaron oportunamente 20 informes, incluyendo seguimientos a la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, planes de mejoramiento, evaluaciones independientes e informes de mandato legal, lo que evidencia una gestión organizada y oportuna del proceso. En el último trimestre se presentaron siete informes adicionales, reflejando capacidad operativa y cumplimiento de los cronogramas definidos. Este desempeño fortalece la transparencia, el control institucional y la toma de decisiones. Se recomienda mantener la planificación, el seguimiento continuo y la articulación con las áreas involucradas, a fin de sostener este nivel de cumplimiento en futuras vigencias.



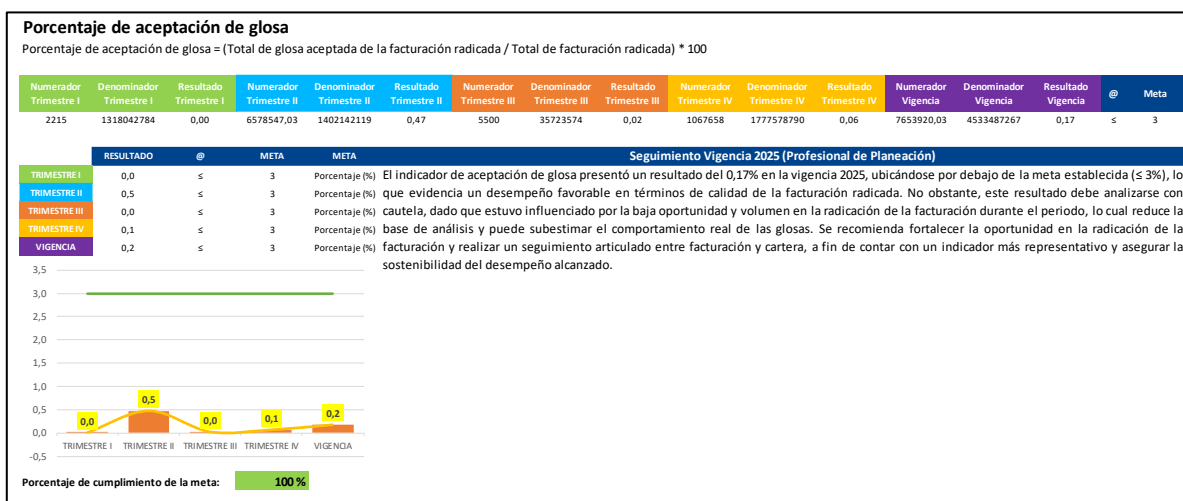
5.2 Porcentaje de cumplimiento del Plan Anual de Auditoría

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de cumplimiento del Plan Anual de Auditoría” alcanzó un cumplimiento global $\geq 100\%$, al ejecutarse la totalidad de las 55 auditorías programadas. El resultado superior al 100% (145%) se explica por la reprogramación de cinco auditorías que, al no ejecutarse en los tres primeros trimestres, fueron incluidas en el último periodo. Si bien el cierre anual evidencia capacidad operativa y compromiso del proceso auditor, la concentración de actividades al final del año limita la lectura trimestral del desempeño. Se recomienda mejorar la planeación y el seguimiento del cronograma, redistribuir cargas por trimestre y fortalecer los controles de oportunidad para asegurar ejecuciones conforme a los periodos previstos.



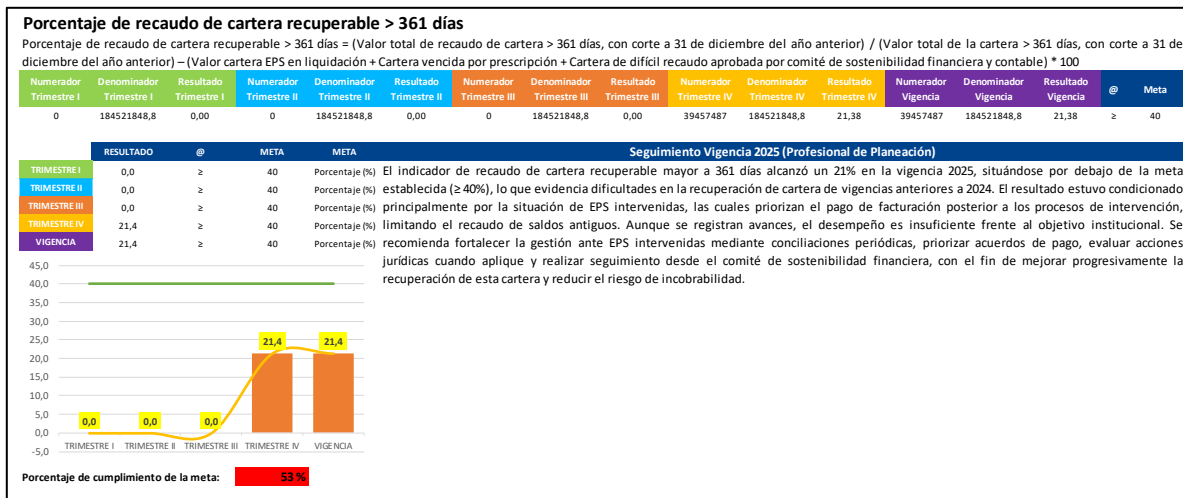
5.3 Porcentaje de aceptación de glosa

El indicador de aceptación de glosa presentó un resultado del 0,17% en la vigencia 2025, ubicándose por debajo de la meta establecida ($\leq 3\%$), lo que evidencia un desempeño favorable en términos de calidad de la facturación radicada. No obstante, este resultado debe analizarse con cautela, dado que estuvo influenciado por la baja oportunidad y volumen en la radicación de la facturación durante el periodo, lo cual reduce la base de análisis y puede subestimar el comportamiento real de las glosas. Se recomienda fortalecer la oportunidad en la radicación de la facturación y realizar un seguimiento articulado entre facturación y cartera, a fin de contar con un indicador más representativo y asegurar la sostenibilidad del desempeño alcanzado.



5.4 Porcentaje de recaudo de cartera recuperable > 361 días

El indicador de recaudo de cartera recuperable mayor a 361 días alcanzó un 21% en la vigencia 2025, situándose por debajo de la meta establecida ($\geq 40\%$), lo que evidencia dificultades en la recuperación de cartera de vigencias anteriores a 2024. El resultado estuvo condicionado principalmente por la situación de EPS intervenidas, las cuales priorizan el pago de facturación posterior a los procesos de intervención, limitando el recaudo de saldos antiguos. Aunque se registran avances, el desempeño es insuficiente frente al objetivo institucional. Se recomienda fortalecer la gestión ante EPS intervenidas mediante conciliaciones periódicas, priorizar acuerdos de pago, evaluar acciones jurídicas cuando aplique y realizar seguimiento desde el comité de sostenibilidad financiera, con el fin de mejorar progresivamente la recuperación de esta cartera y reducir el riesgo de incobrabilidad.



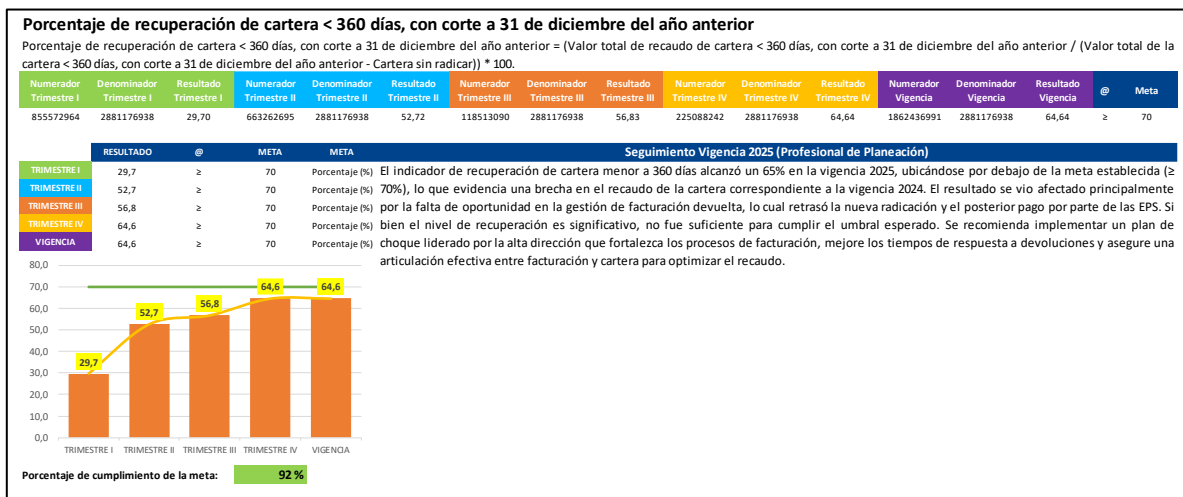
5.5 Porcentaje de recaudo trimestral de cartera de la vigencia

El indicador de recaudo trimestral de cartera de la vigencia alcanzó un 90% en 2025, superando ampliamente la meta establecida ($\geq 70\%$), lo que evidencia una gestión eficiente en los procesos de seguimiento y recuperación de cartera. Este resultado refleja una adecuada articulación entre las áreas de facturación y cartera para el recaudo de obligaciones vencidas. No obstante, el análisis indica que la oportunidad en la radicación de la facturación incide directamente en el comportamiento del indicador, por lo que su mejora podría optimizar aún más los resultados obtenidos. Se recomienda fortalecer los controles sobre la radicación oportuna, establecer alertas tempranas y realizar seguimiento periódico, con el fin de sostener y mejorar el desempeño en futuras vigencias.



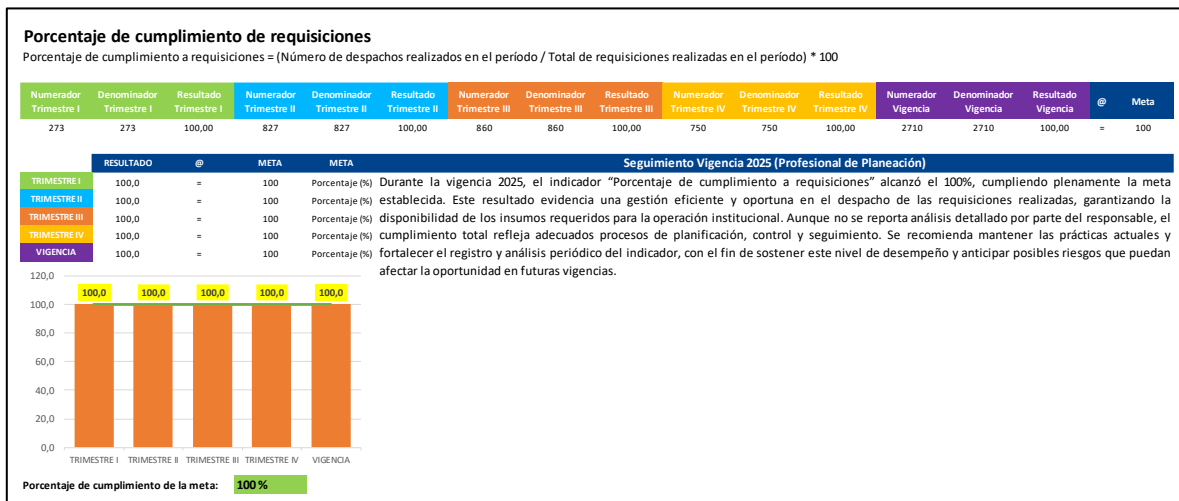
5.6 Porcentaje de recuperación de cartera < 360 días, con corte a 31 de diciembre del año anterior

El indicador de recuperación de cartera menor a 360 días alcanzó un 65% en la vigencia 2025, ubicándose por debajo de la meta establecida ($\geq 70\%$), lo que evidencia una brecha en el recaudo de la cartera correspondiente a la vigencia 2024. El resultado se vio afectado principalmente por la falta de oportunidad en la gestión de facturación devuelta, lo cual retrasó la nueva radicación y el posterior pago por parte de las EPS. Si bien el nivel de recuperación es significativo, no fue suficiente para cumplir el umbral esperado. Se recomienda implementar un plan de choque liderado por la alta dirección que fortalezca los procesos de facturación, mejore los tiempos de respuesta a devoluciones y asegure una articulación efectiva entre facturación y cartera para optimizar el recaudo.



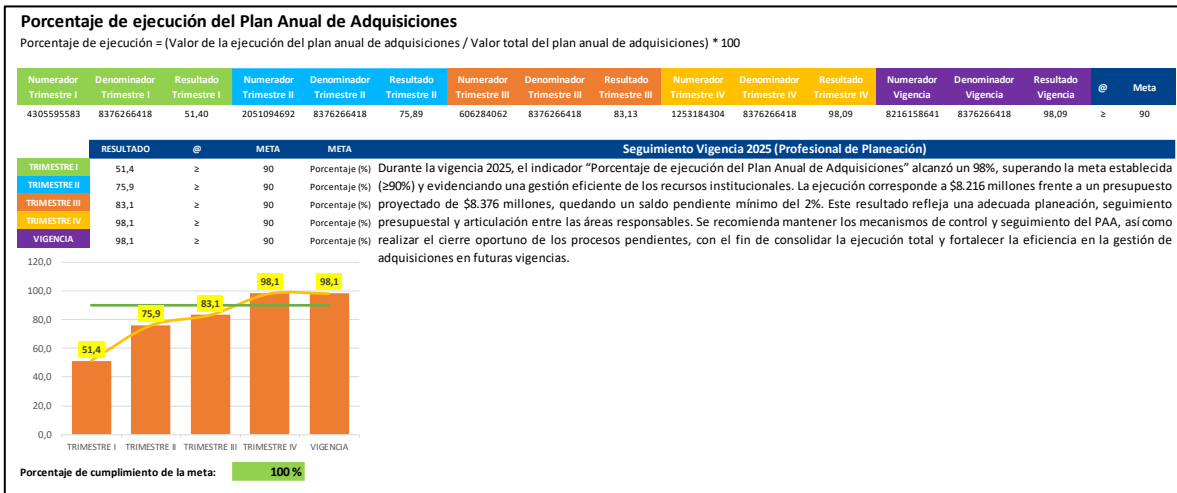
5.7 Porcentaje de cumplimiento de requisiciones

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de cumplimiento a requisiciones” alcanzó el 100%, cumpliendo plenamente la meta establecida. Este resultado evidencia una gestión eficiente y oportuna en el despacho de las requisiciones realizadas, garantizando la disponibilidad de los insumos requeridos para la operación institucional. Aunque no se reporta análisis detallado por parte del responsable, el cumplimiento total refleja adecuados procesos de planificación, control y seguimiento. Se recomienda mantener las prácticas actuales y fortalecer el registro y análisis periódico del indicador, con el fin de sostener este nivel de desempeño y anticipar posibles riesgos que puedan afectar la oportunidad en futuras vigencias.



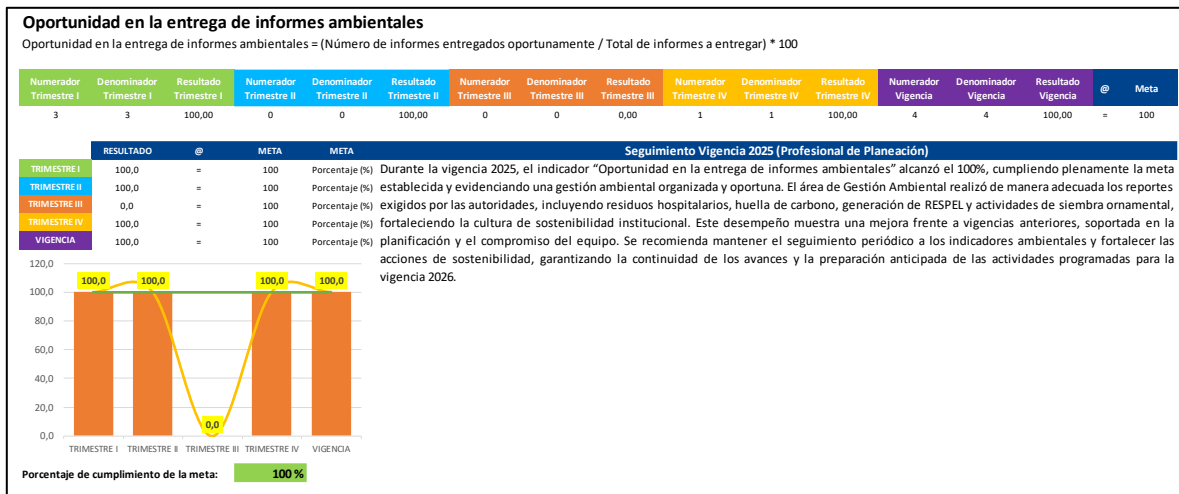
5.8 Porcentaje de ejecución del Plan Anual de Adquisiciones

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de ejecución del Plan Anual de Adquisiciones” alcanzó un 98%, superando la meta establecida ($\geq 90\%$) y evidenciando una gestión eficiente de los recursos institucionales. La ejecución corresponde a \$8.216 millones frente a un presupuesto proyectado de \$8.376 millones, quedando un saldo pendiente mínimo del 2%. Este resultado refleja una adecuada planeación, seguimiento presupuestal y articulación entre las áreas responsables. Se recomienda mantener los mecanismos de control y seguimiento del PAA, así como realizar el cierre oportuno de los procesos pendientes, con el fin de consolidar la ejecución total y fortalecer la eficiencia en la gestión de adquisiciones en futuras vigencias.



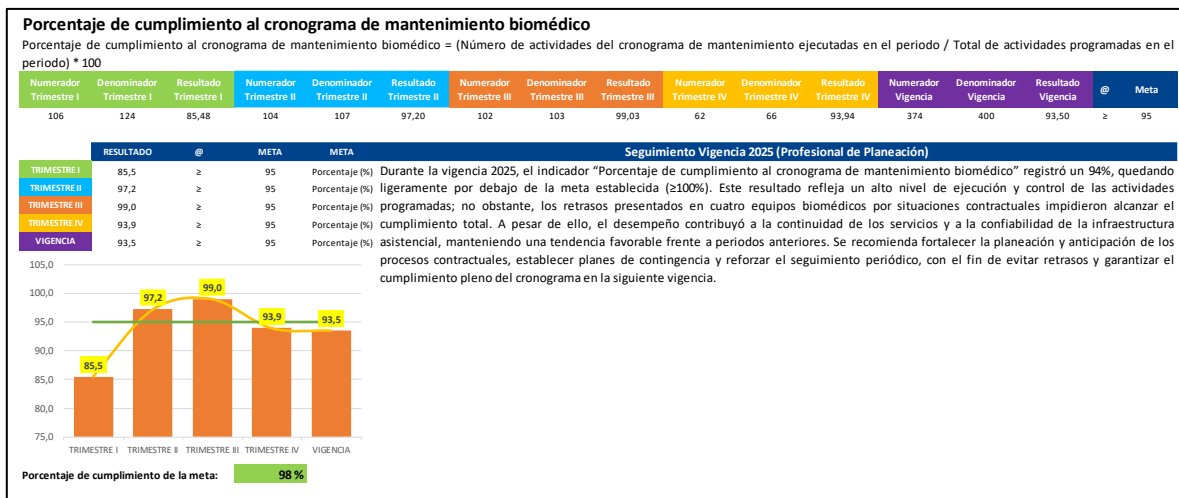
5.9 Oportunidad en la entrega de informes ambientales

Durante la vigencia 2025, el indicador “Oportunidad en la entrega de informes ambientales” alcanzó el 100%, cumpliendo plenamente la meta establecida y evidenciando una gestión ambiental organizada y oportuna. El área de Gestión Ambiental realizó de manera adecuada los reportes exigidos por las autoridades, incluyendo residuos hospitalarios, huella de carbono, generación de RESPEL y actividades de siembra ornamental, fortaleciendo la cultura de sostenibilidad institucional. Este desempeño muestra una mejora frente a vigencias anteriores, soportada en la planificación y el compromiso del equipo. Se recomienda mantener el seguimiento periódico a los indicadores ambientales y fortalecer las acciones de sostenibilidad, garantizando la continuidad de los avances y la preparación anticipada de las actividades programadas para la vigencia 2026.



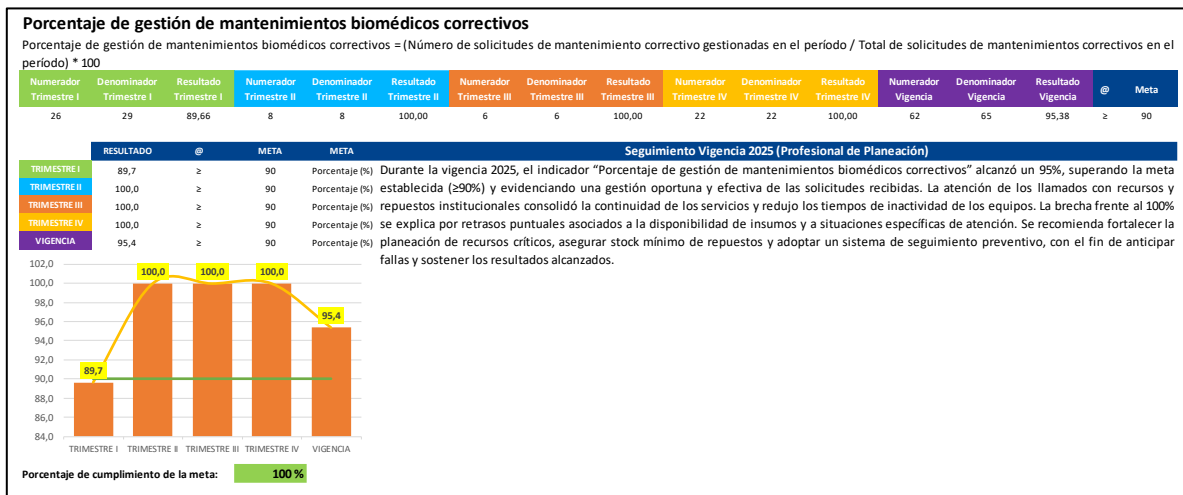
5.10 Porcentaje de cumplimiento al cronograma de mantenimiento biomédico

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de cumplimiento al cronograma de mantenimiento biomédico” registró un 94%, quedando ligeramente por debajo de la meta establecida ($\geq 100\%$). Este resultado refleja un alto nivel de ejecución y control de las actividades programadas; no obstante, los retrasos presentados en cuatro equipos biomédicos por situaciones contractuales impidieron alcanzar el cumplimiento total. A pesar de ello, el desempeño contribuyó a la continuidad de los servicios y a la confiabilidad de la infraestructura asistencial, manteniendo una tendencia favorable frente a periodos anteriores. Se recomienda fortalecer la planeación y anticipación de los procesos contractuales, establecer planes de contingencia y reforzar el seguimiento periódico, con el fin de evitar retrasos y garantizar el cumplimiento pleno del cronograma en la siguiente vigencia.



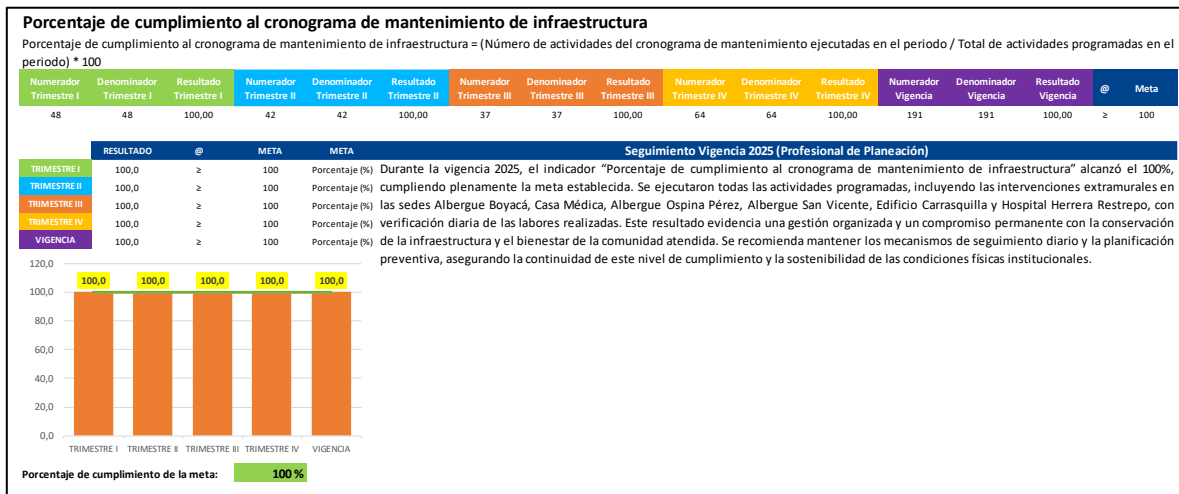
5.11 Porcentaje de gestión de mantenimientos biomédicos correctivos

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de gestión de mantenimientos biomédicos correctivos” alcanzó un 95%, superando la meta establecida ($\geq 90\%$) y evidenciando una gestión oportuna y efectiva de las solicitudes recibidas. La atención de los llamados con recursos y repuestos institucionales consolidó la continuidad de los servicios y redujo los tiempos de inactividad de los equipos. La brecha frente al 100% se explica por retrasos puntuales asociados a la disponibilidad de insumos y a situaciones específicas de atención. Se recomienda fortalecer la planeación de recursos críticos, asegurar stock mínimo de repuestos y adoptar un sistema de seguimiento preventivo, con el fin de anticipar fallas y sostener los resultados alcanzados.



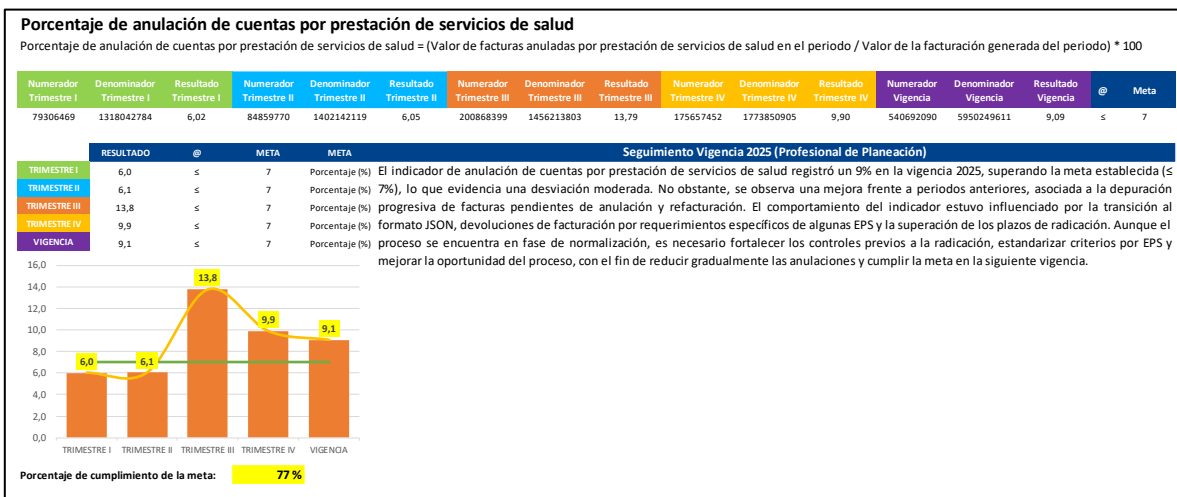
5.12 Porcentaje de cumplimiento al cronograma de mantenimiento de infraestructura

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de cumplimiento al cronograma de mantenimiento de infraestructura” alcanzó el 100%, cumpliendo plenamente la meta establecida. Se ejecutaron todas las actividades programadas, incluyendo las intervenciones extramurales en las sedes Albergue Boyacá, Casa Médica, Albergue Ospina Pérez, Albergue San Vicente, Edificio Carrasquilla y Hospital Herrera Restrepo, con verificación diaria de las labores realizadas. Este resultado evidencia una gestión organizada y un compromiso permanente con la conservación de la infraestructura y el bienestar de la comunidad atendida. Se recomienda mantener los mecanismos de seguimiento diario y la planificación preventiva, asegurando la continuidad de este nivel de cumplimiento y la sostenibilidad de las condiciones físicas institucionales.



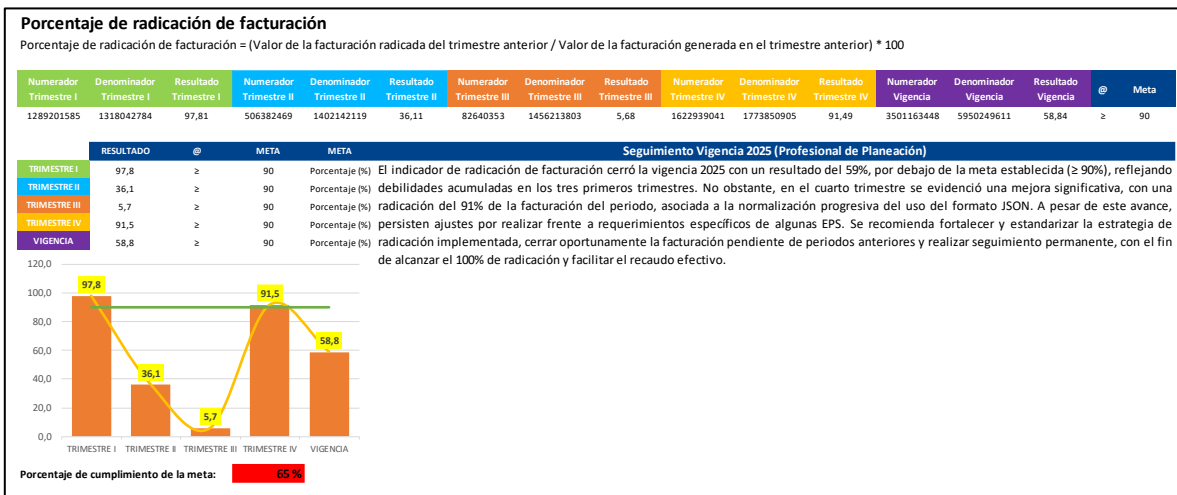
5.13 Porcentaje de anulación de cuentas por prestación de servicios de salud

El indicador de anulación de cuentas por prestación de servicios de salud registró un 9% en la vigencia 2025, superando la meta establecida ($\leq 7\%$), lo que evidencia una desviación moderada. No obstante, se observa una mejora frente a periodos anteriores, asociada a la depuración progresiva de facturas pendientes de anulación y refacturación. El comportamiento del indicador estuvo influenciado por la transición al formato JSON, devoluciones de facturación por requerimientos específicos de algunas EPS y la superación de los plazos de radicación. Aunque el proceso se encuentra en fase de normalización, es necesario fortalecer los controles previos a la radicación, estandarizar criterios por EPS y mejorar la oportunidad del proceso, con el fin de reducir gradualmente las anulaciones y cumplir la meta en la siguiente vigencia.



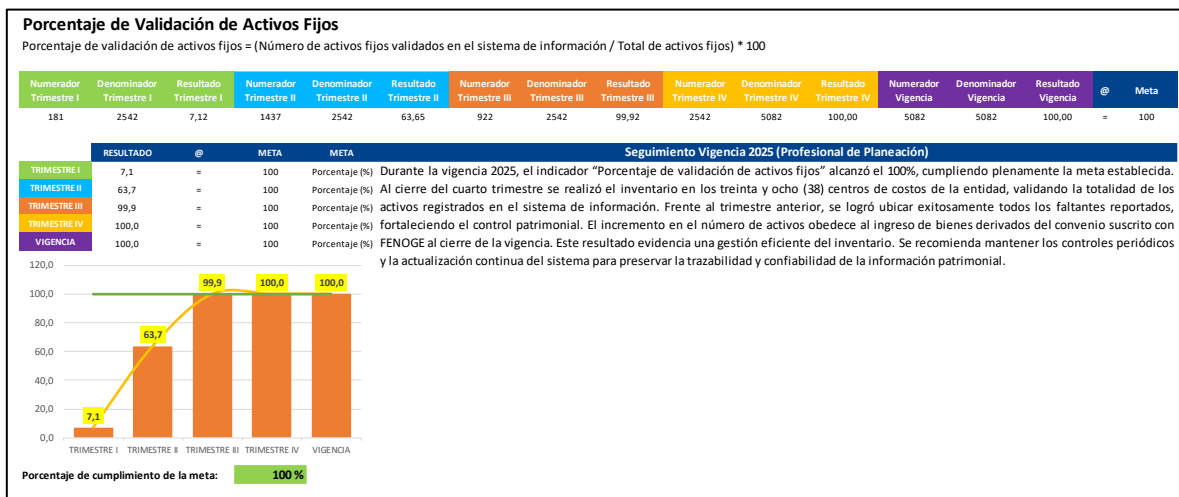
5.14 Porcentaje de radicación de facturación

El indicador de radicación de facturación cerró la vigencia 2025 con un resultado del 59%, por debajo de la meta establecida ($\geq 90\%$), reflejando debilidades acumuladas en los tres primeros trimestres. No obstante, en el cuarto trimestre se evidenció una mejora significativa, con una radicación del 91% de la facturación del periodo, asociada a la normalización progresiva del uso del formato JSON. A pesar de este avance, persisten ajustes por realizar frente a requerimientos específicos de algunas EPS. Se recomienda fortalecer y estandarizar la estrategia de radicación implementada, cerrar oportunamente la facturación pendiente de periodos anteriores y realizar seguimiento permanente, con el fin de alcanzar el 100% de radicación y facilitar el recaudo efectivo.



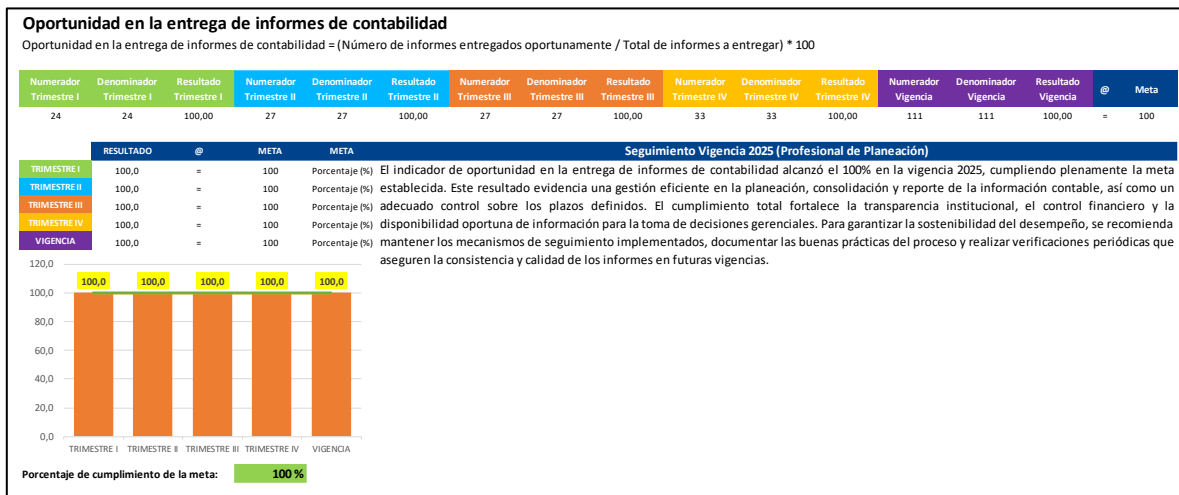
5.15 Porcentaje de Validación de Activos Fijos

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de validación de activos fijos” alcanzó el 100%, cumpliendo plenamente la meta establecida. Al cierre del cuarto trimestre se realizó el inventario en los treinta y ocho (38) centros de costos de la entidad, validando la totalidad de los activos registrados en el sistema de información. Frente al trimestre anterior, se logró ubicar exitosamente todos los faltantes reportados, fortaleciendo el control patrimonial. El incremento en el número de activos obedece al ingreso de bienes derivados del convenio suscrito con FENOGÉ al cierre de la vigencia. Este resultado evidencia una gestión eficiente del inventario. Se recomienda mantener los controles periódicos y la actualización continua del sistema para preservar la trazabilidad y confiabilidad de la información patrimonial.



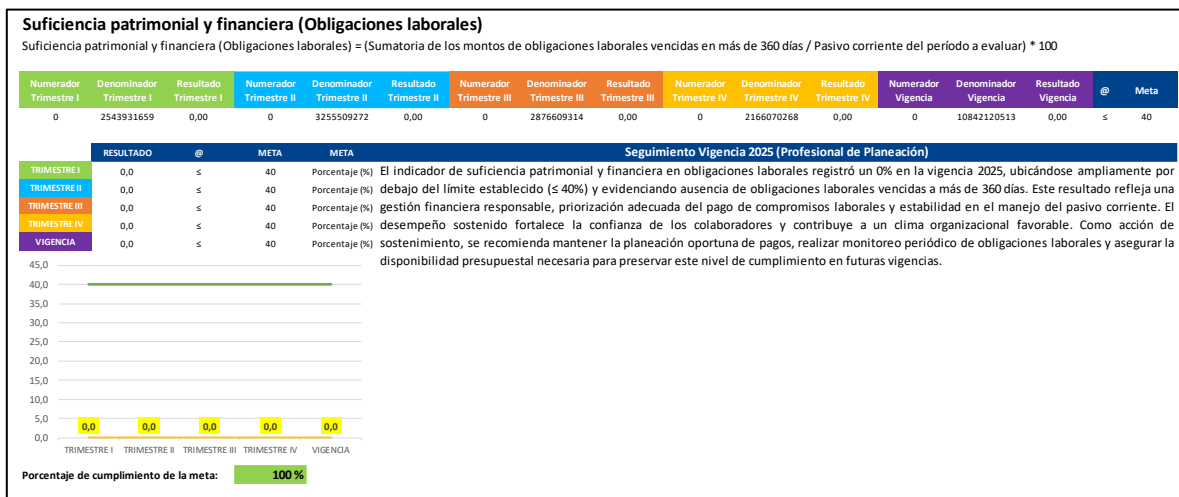
5.16 Oportunidad en la entrega de informes de contabilidad

El indicador de oportunidad en la entrega de informes de contabilidad alcanzó el 100% en la vigencia 2025, cumpliendo plenamente la meta establecida. Este resultado evidencia una gestión eficiente en la planeación, consolidación y reporte de la información contable, así como un adecuado control sobre los plazos definidos. El cumplimiento total fortalece la transparencia institucional, el control financiero y la disponibilidad oportuna de información para la toma de decisiones gerenciales. Para garantizar la sostenibilidad del desempeño, se recomienda mantener los mecanismos de seguimiento implementados, documentar las buenas prácticas del proceso y realizar verificaciones periódicas que aseguren la consistencia y calidad de los informes en futuras vigencias.



5.17 Suficiencia patrimonial y financiera (Obligaciones laborales)

El indicador de suficiencia patrimonial y financiera en obligaciones laborales registró un 0% en la vigencia 2025, ubicándose ampliamente por debajo del límite establecido ($\leq 40\%$) y evidenciando ausencia de obligaciones laborales vencidas a más de 360 días. Este resultado refleja una gestión financiera responsable, priorización adecuada del pago de compromisos laborales y estabilidad en el manejo del pasivo corriente. El desempeño sostenido fortalece la confianza de los colaboradores y contribuye a un clima organizacional favorable. Como acción de sostenimiento, se recomienda mantener la planeación oportuna de pagos, realizar monitoreo periódico de obligaciones laborales y asegurar la disponibilidad presupuestal necesaria para preservar este nivel de cumplimiento en futuras vigencias.



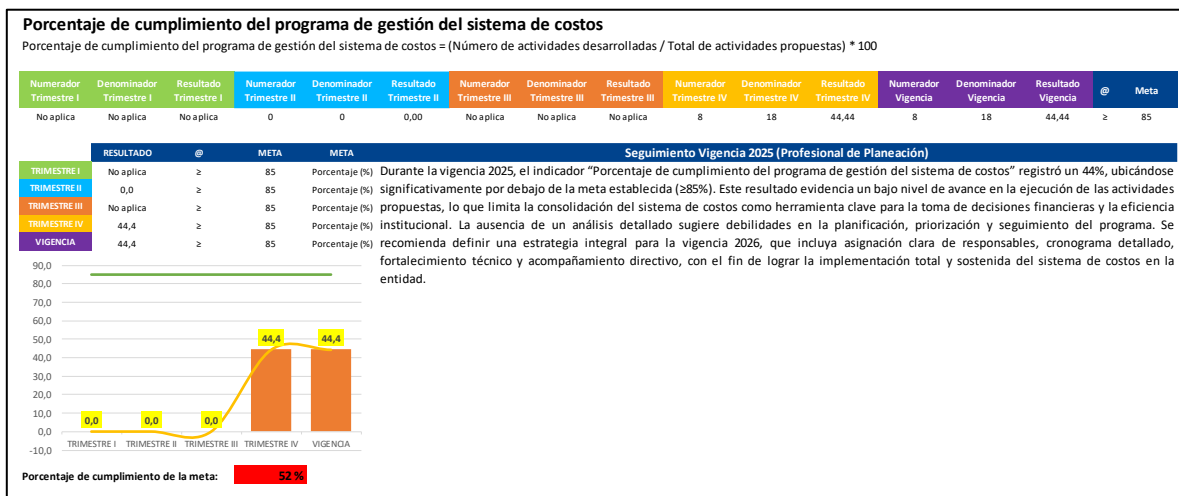
5.18 Suficiencia patrimonial y financiera (Obligaciones mercantiles)

El indicador de suficiencia patrimonial y financiera en obligaciones mercantiles registró un 1,97% en la vigencia 2025, situándose ampliamente por debajo del umbral máximo establecido ($\leq 40\%$), lo que evidencia una gestión financiera sólida y un adecuado cumplimiento en la programación y pago oportuno a proveedores. Este resultado refleja control sobre el pasivo corriente y disminuye el riesgo de deterioro en la relación comercial con terceros. El comportamiento del indicador fortalece la estabilidad financiera institucional y la credibilidad ante proveedores. Como acción de sostenimiento, se recomienda mantener las estrategias de planeación de pagos, monitorear periódicamente las obligaciones vencidas y asegurar una gestión preventiva que evite acumulación de saldos a largo plazo.



5.19 Porcentaje de cumplimiento del programa de gestión del sistema de costos

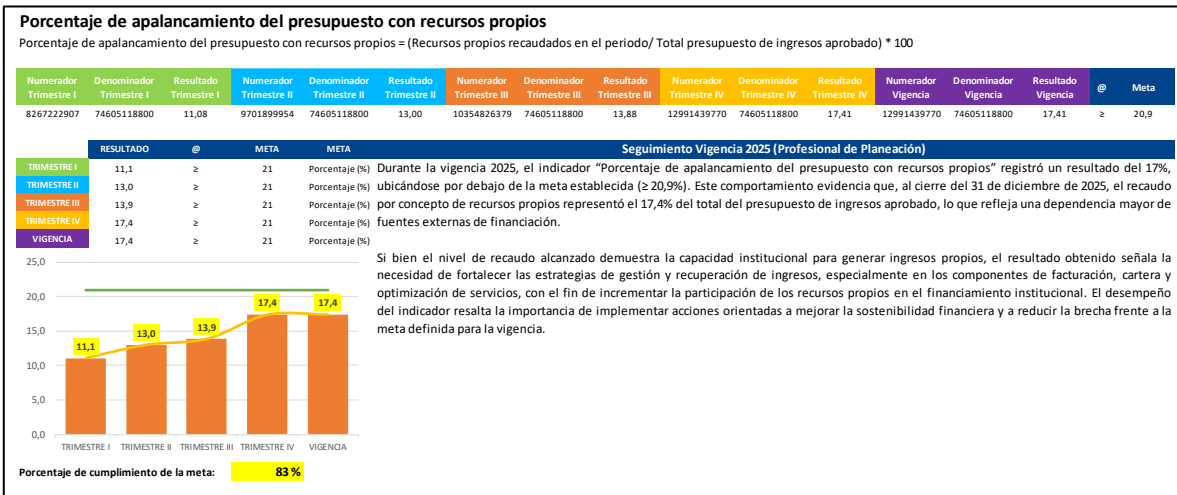
Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de cumplimiento del programa de gestión del sistema de costos” registró un 44%, ubicándose significativamente por debajo de la meta establecida ($\geq 85\%$). Este resultado evidencia un bajo nivel de avance en la ejecución de las actividades propuestas, lo que limita la consolidación del sistema de costos como herramienta clave para la toma de decisiones financieras y la eficiencia institucional. La ausencia de un análisis detallado sugiere debilidades en la planificación, priorización y seguimiento del programa. Se recomienda definir una estrategia integral para la vigencia 2026, que incluya asignación clara de responsables, cronograma detallado, fortalecimiento técnico y acompañamiento directivo, con el fin de lograr la implementación total y sostenida del sistema de costos en la entidad.



5.20 Porcentaje de apalancamiento del presupuesto con recursos propios

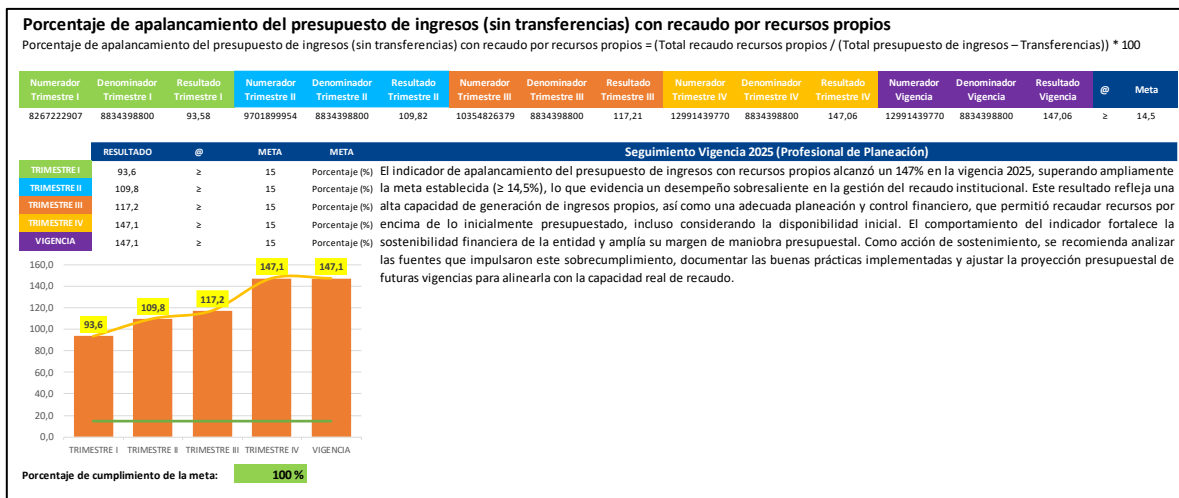
Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de apalancamiento del presupuesto con recursos propios” registró un resultado del 17%, ubicándose por debajo de la meta establecida ($\geq 20,9\%$). Este comportamiento evidencia que, al cierre del 31 de diciembre de 2025, el recaudo por concepto de recursos propios representó el 17,4% del total del presupuesto de ingresos aprobado, lo que refleja una dependencia mayor de fuentes externas de financiación.

Si bien el nivel de recaudo alcanzado demuestra la capacidad institucional para generar ingresos propios, el resultado obtenido señala la necesidad de fortalecer las estrategias de gestión y recuperación de ingresos, especialmente en los componentes de facturación, cartera y optimización de servicios, con el fin de incrementar la participación de los recursos propios en el financiamiento institucional. El desempeño del indicador resalta la importancia de implementar acciones orientadas a mejorar la sostenibilidad financiera y a reducir la brecha frente a la meta definida para la vigencia.



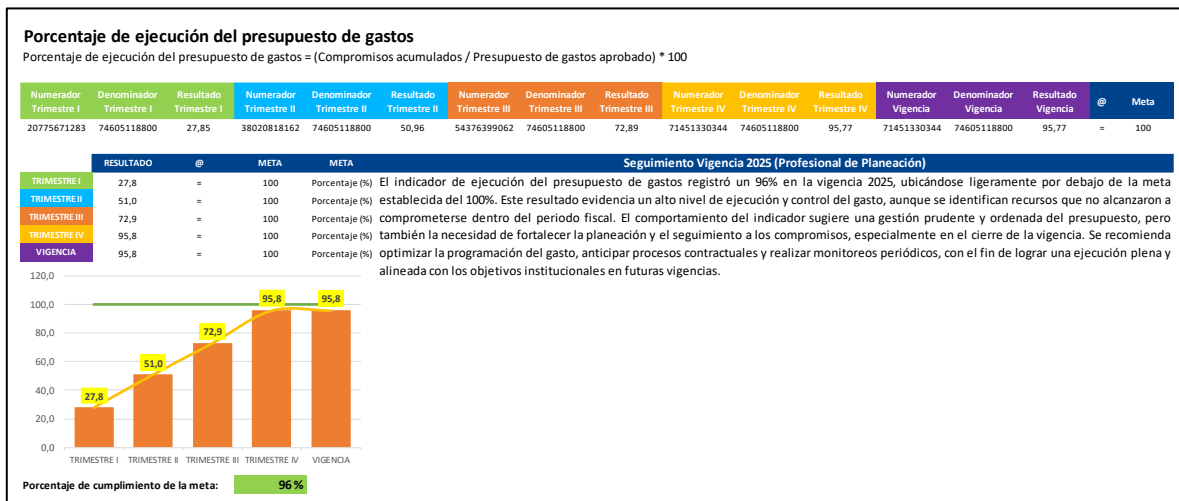
5.21 Porcentaje de apalancamiento del presupuesto de ingresos (sin transferencias) con recaudo por recursos propios

El indicador de apalancamiento del presupuesto de ingresos con recursos propios alcanzó un 147% en la vigencia 2025, superando ampliamente la meta establecida ($\geq 14,5\%$), lo que evidencia un desempeño sobresaliente en la gestión del recaudo institucional. Este resultado refleja una alta capacidad de generación de ingresos propios, así como una adecuada planeación y control financiero, que permitió recaudar recursos por encima de lo inicialmente presupuestado, incluso considerando la disponibilidad inicial. El comportamiento del indicador fortalece la sostenibilidad financiera de la entidad y amplía su margen de maniobra presupuestal. Como acción de sostenimiento, se recomienda analizar las fuentes que impulsaron este sobrecumplimiento, documentar las buenas prácticas implementadas y ajustar la proyección presupuestal de futuras vigencias para alinearla con la capacidad real de recaudo.



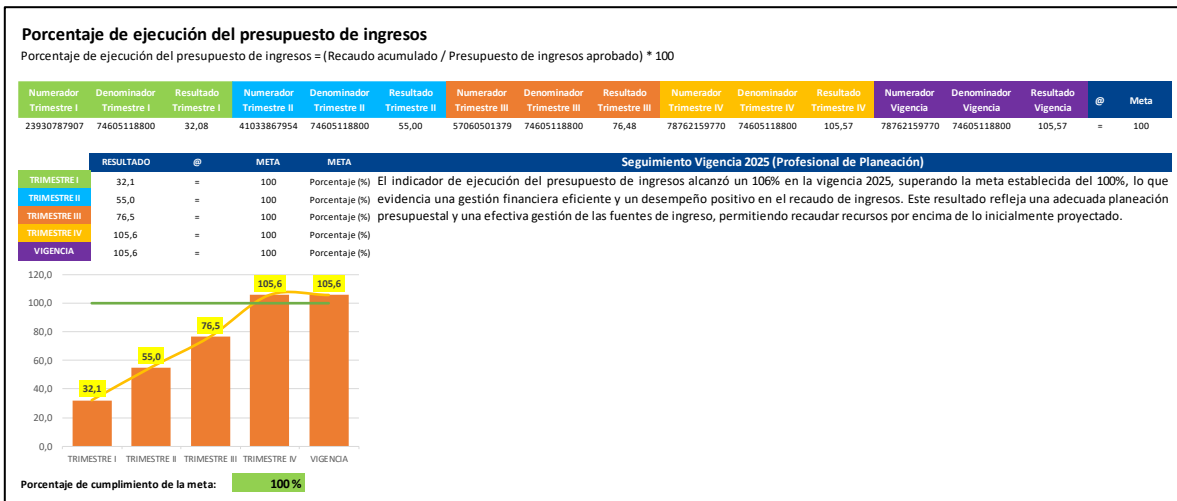
5.22 Porcentaje de ejecución del presupuesto de gastos

El indicador de ejecución del presupuesto de gastos registró un 96% en la vigencia 2025, ubicándose ligeramente por debajo de la meta establecida del 100%. Este resultado evidencia un alto nivel de ejecución y control del gasto, aunque se identifican recursos que no alcanzaron a comprometerse dentro del periodo fiscal. El comportamiento del indicador sugiere una gestión prudente y ordenada del presupuesto, pero también la necesidad de fortalecer la planeación y el seguimiento a los compromisos, especialmente en el cierre de la vigencia. Se recomienda optimizar la programación del gasto, anticipar procesos contractuales y realizar monitoreos periódicos, con el fin de lograr una ejecución plena y alineada con los objetivos institucionales en futuras vigencias.



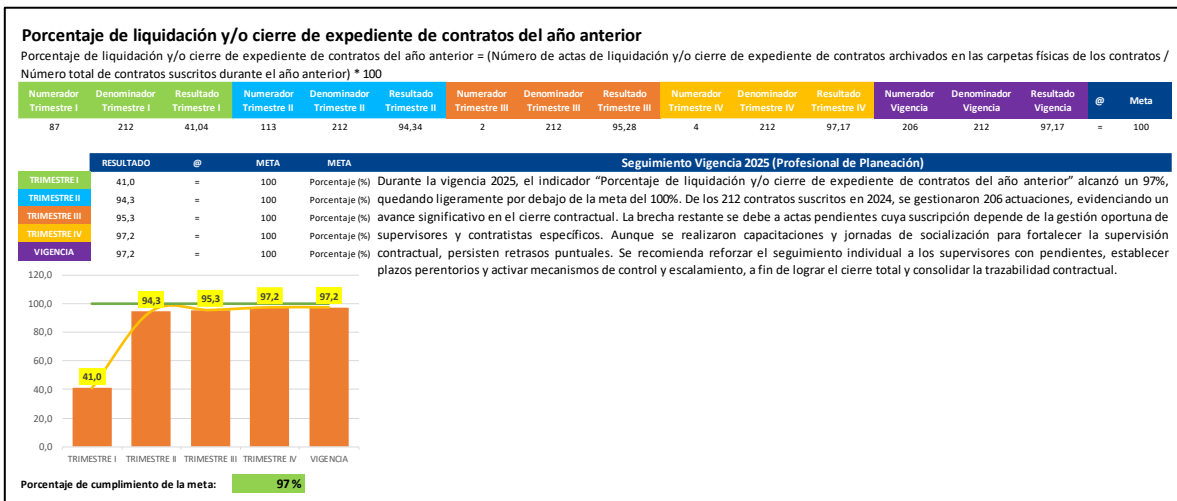
5.23 Porcentaje de ejecución del presupuesto de ingresos

El indicador de ejecución del presupuesto de ingresos alcanzó un 106% en la vigencia 2025, superando la meta establecida del 100%, lo que evidencia una gestión financiera eficiente y un desempeño positivo en el recaudo de ingresos. Este resultado refleja una adecuada planeación presupuestal y una efectiva gestión de las fuentes de ingreso, permitiendo recaudar recursos por encima de lo inicialmente proyectado.



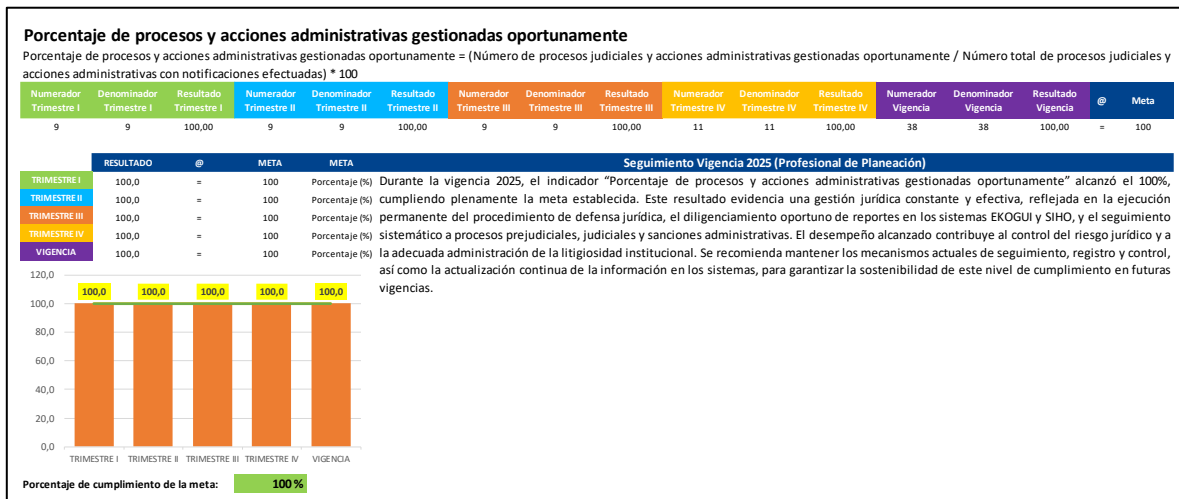
5.24 Porcentaje de liquidación y/o cierre de expediente de contratos del año anterior

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de liquidación y/o cierre de expediente de contratos del año anterior” alcanzó un 97%, quedando ligeramente por debajo de la meta del 100%. De los 212 contratos suscritos en 2024, se gestionaron 206 actuaciones, evidenciando un avance significativo en el cierre contractual. La brecha restante se debe a actas pendientes cuya suscripción depende de la gestión oportuna de supervisores y contratistas específicos. Aunque se realizaron capacitaciones y jornadas de socialización para fortalecer la supervisión contractual, persisten retrasos puntuales. Se recomienda reforzar el seguimiento individual a los supervisores con pendientes, establecer plazos perentorios y activar mecanismos de control y escalamiento, a fin de lograr el cierre total y consolidar la trazabilidad contractual.



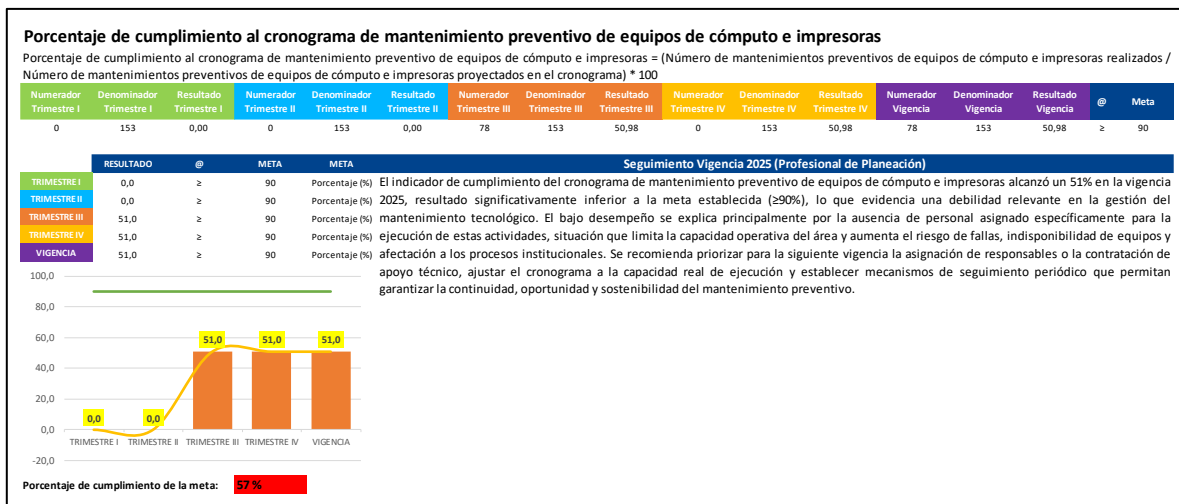
5.25 Porcentaje de procesos y acciones administrativas gestionadas oportunamente

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de procesos y acciones administrativas gestionadas oportunamente” alcanzó el 100%, cumpliendo plenamente la meta establecida. Este resultado evidencia una gestión jurídica constante y efectiva, reflejada en la ejecución permanente del procedimiento de defensa jurídica, el diligenciamiento oportuno de reportes en los sistemas EKOGUI y SIHO, y el seguimiento sistemático a procesos prejudiciales, judiciales y sanciones administrativas. El desempeño alcanzado contribuye al control del riesgo jurídico y a la adecuada administración de la litigiosidad institucional. Se recomienda mantener los mecanismos actuales de seguimiento, registro y control, así como la actualización continua de la información en los sistemas, para garantizar la sostenibilidad de este nivel de cumplimiento en futuras vigencias.



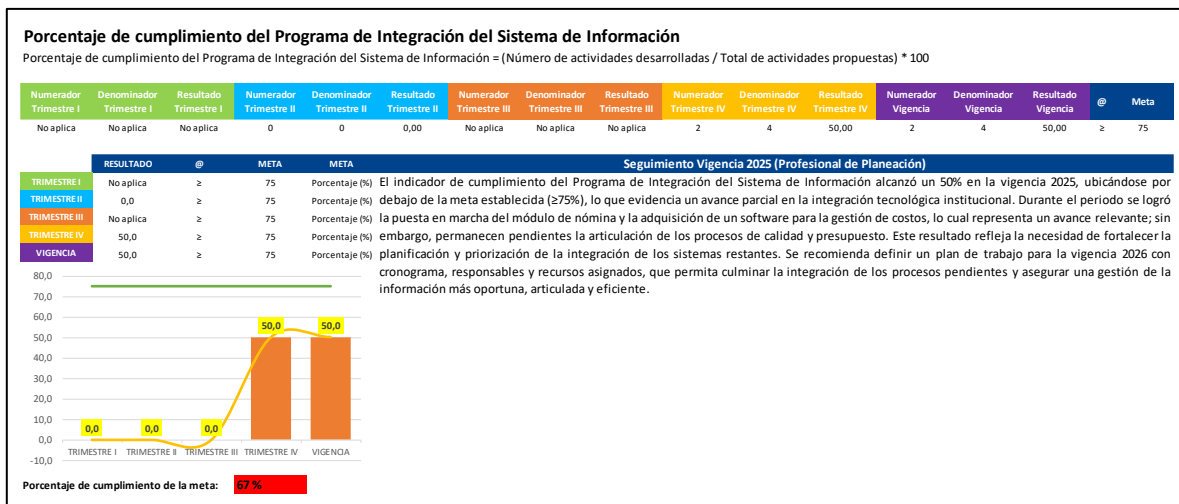
5.26 Porcentaje de cumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de equipos de cómputo e impresoras

El indicador de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo de equipos de cómputo e impresoras alcanzó un 51% en la vigencia 2025, resultado significativamente inferior a la meta establecida ($\geq 90\%$), lo que evidencia una debilidad relevante en la gestión del mantenimiento tecnológico. El bajo desempeño se explica principalmente por la ausencia de personal asignado específicamente para la ejecución de estas actividades, situación que limita la capacidad operativa del área y aumenta el riesgo de fallas, indisponibilidad de equipos y afectación a los procesos institucionales. Se recomienda priorizar para la siguiente vigencia la asignación de responsables o la contratación de apoyo técnico, ajustar el cronograma a la capacidad real de ejecución y establecer mecanismos de seguimiento periódico que permitan garantizar la continuidad, oportunidad y sostenibilidad del mantenimiento preventivo.



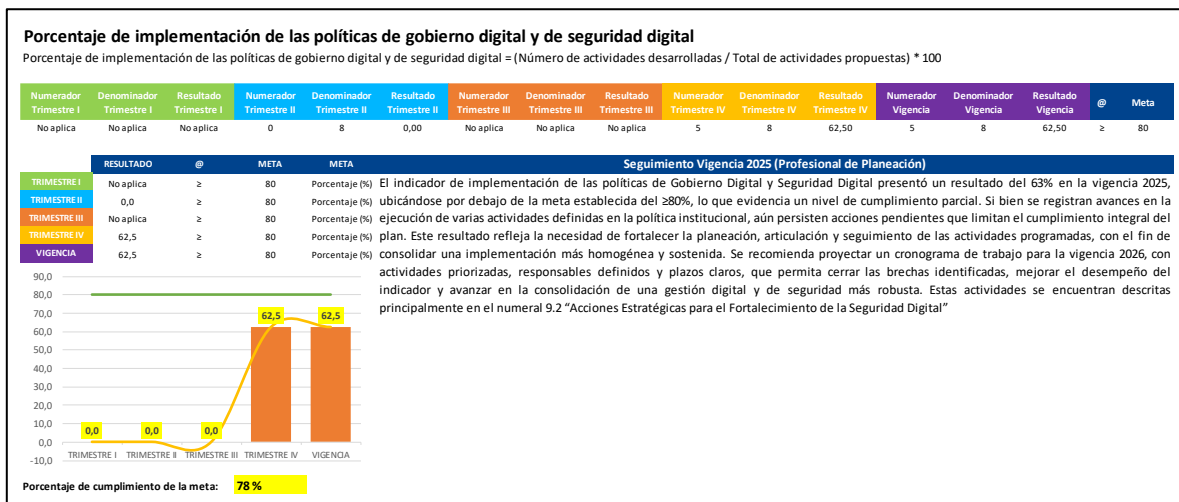
5.27 Porcentaje de cumplimiento del Programa de Integración del Sistema de Información

El indicador de cumplimiento del Programa de Integración del Sistema de Información alcanzó un 50% en la vigencia 2025, ubicándose por debajo de la meta establecida ($\geq 75\%$), lo que evidencia un avance parcial en la integración tecnológica institucional. Durante el periodo se logró la puesta en marcha del módulo de nómina y la adquisición de un software para la gestión de costos, lo cual representa un avance relevante; sin embargo, permanecen pendientes la articulación de los procesos de calidad y presupuesto. Este resultado refleja la necesidad de fortalecer la planificación y priorización de la integración de los sistemas restantes. Se recomienda definir un plan de trabajo para la vigencia 2026 con cronograma, responsables y recursos asignados, que permita culminar la integración de los procesos pendientes y asegurar una gestión de la información más oportuna, articulada y eficiente.



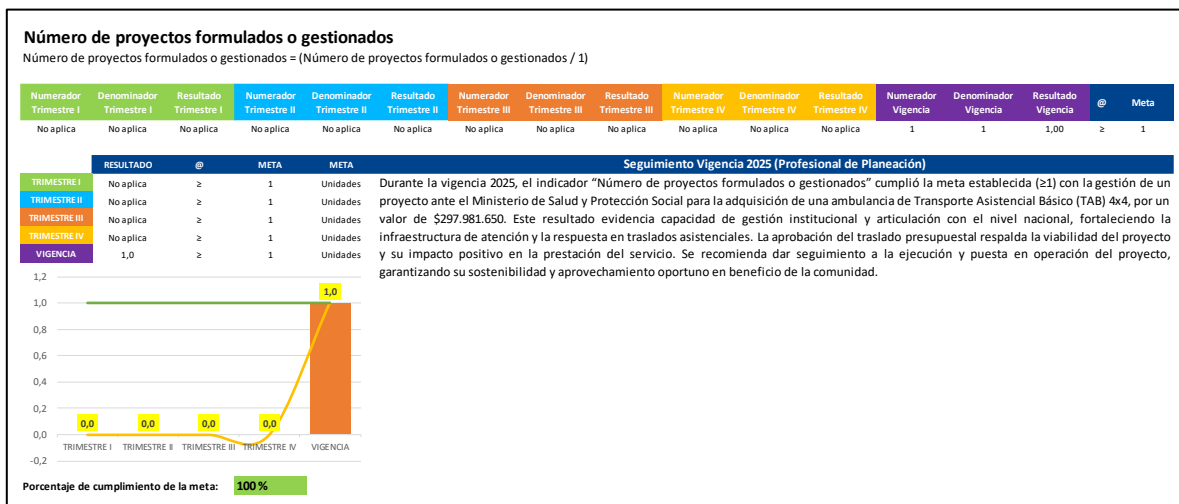
5.28 Porcentaje de implementación de las políticas de gobierno digital y de seguridad digital

El indicador de implementación de las políticas de Gobierno Digital y Seguridad Digital presentó un resultado del 63% en la vigencia 2025, ubicándose por debajo de la meta establecida del $\geq 80\%$, lo que evidencia un nivel de cumplimiento parcial. Si bien se registran avances en la ejecución de varias actividades definidas en la política institucional, aún persisten acciones pendientes que limitan el cumplimiento integral del plan. Este resultado refleja la necesidad de fortalecer la planeación, articulación y seguimiento de las actividades programadas, con el fin de consolidar una implementación más homogénea y sostenida. Se recomienda proyectar un cronograma de trabajo para la vigencia 2026, con actividades priorizadas, responsables definidos y plazos claros, que permita cerrar las brechas identificadas, mejorar el desempeño del indicador y avanzar en la consolidación de una gestión digital y de seguridad más robusta. Estas actividades se encuentran descritas principalmente en el numeral 9.2 “Acciones Estratégicas para el Fortalecimiento de la Seguridad Digital”.



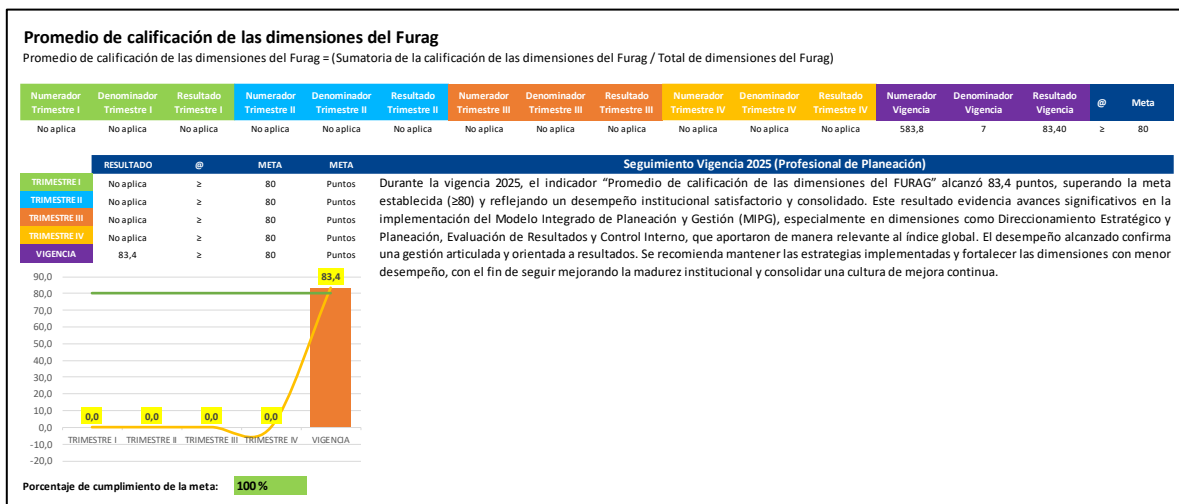
5.29 Número de proyectos formulados o gestionados

Durante la vigencia 2025, el indicador “Número de proyectos formulados o gestionados” cumplió la meta establecida (≥ 1) con la gestión de un proyecto ante el Ministerio de Salud y Protección Social para la adquisición de una ambulancia de Transporte Asistencial Básico (TAB) 4x4, por un valor de \$297.981.650. Este resultado evidencia capacidad de gestión institucional y articulación con el nivel nacional, fortaleciendo la infraestructura de atención y la respuesta en traslados asistenciales. La aprobación del traslado presupuestal respalda la viabilidad del proyecto y su impacto positivo en la prestación del servicio. Se recomienda dar seguimiento a la ejecución y puesta en operación del proyecto, garantizando su sostenibilidad y aprovechamiento oportuno en beneficio de la comunidad.



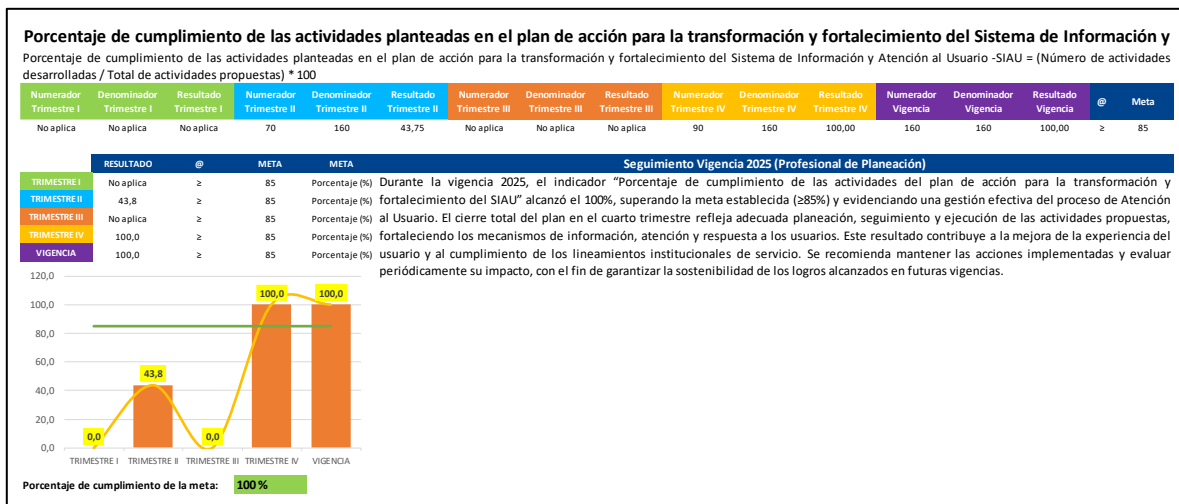
5.30 Promedio de calificación de las dimensiones del Furag

Durante la vigencia 2025, el indicador “Promedio de calificación de las dimensiones del FURAG” alcanzó 83,4 puntos, superando la meta establecida (≥ 80) y reflejando un desempeño institucional satisfactorio y consolidado. Este resultado evidencia avances significativos en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), especialmente en dimensiones como Direccionamiento Estratégico y Planeación, Evaluación de Resultados y Control Interno, que aportaron de manera relevante al índice global. El desempeño alcanzado confirma una gestión articulada y orientada a resultados. Se recomienda mantener las estrategias implementadas y fortalecer las dimensiones con menor desempeño, con el fin de seguir mejorando la madurez institucional y consolidar una cultura de mejora continua.



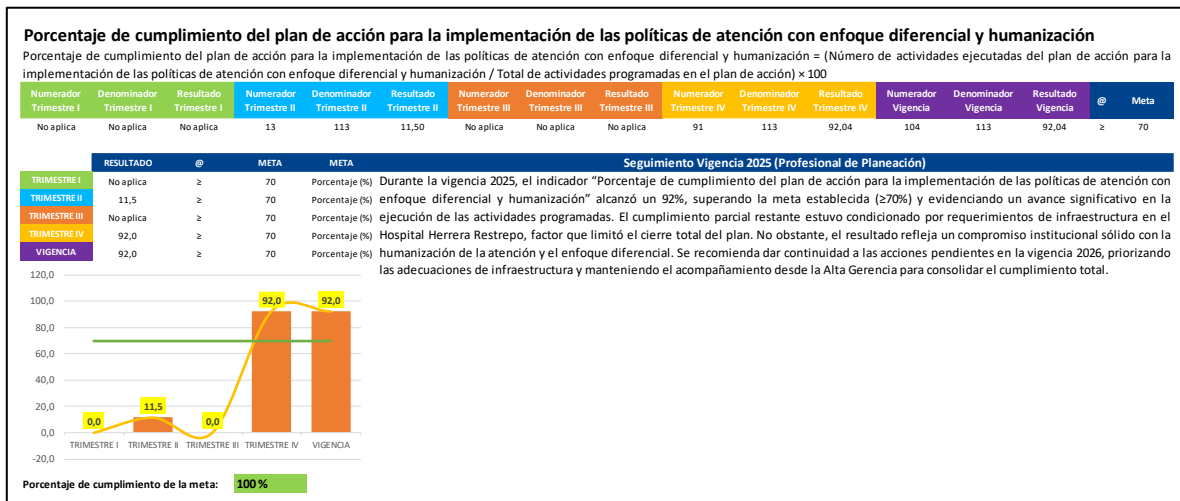
5.31 Porcentaje de cumplimiento de las actividades planteadas en el plan de acción para la transformación y fortalecimiento del Sistema de Información y Atención al Usuario -SIAU

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de cumplimiento de las actividades del plan de acción para la transformación y fortalecimiento del SIAU” alcanzó el 100%, superando la meta establecida ($\geq 85\%$) y evidenciando una gestión efectiva del proceso de Atención al Usuario. El cierre total del plan en el cuarto trimestre refleja adecuada planeación, seguimiento y ejecución de las actividades propuestas, fortaleciendo los mecanismos de información, atención y respuesta a los usuarios. Este resultado contribuye a la mejora de la experiencia del usuario y al cumplimiento de los lineamientos institucionales de servicio. Se recomienda mantener las acciones implementadas y evaluar periódicamente su impacto, con el fin de garantizar la sostenibilidad de los logros alcanzados en futuras vigencias.



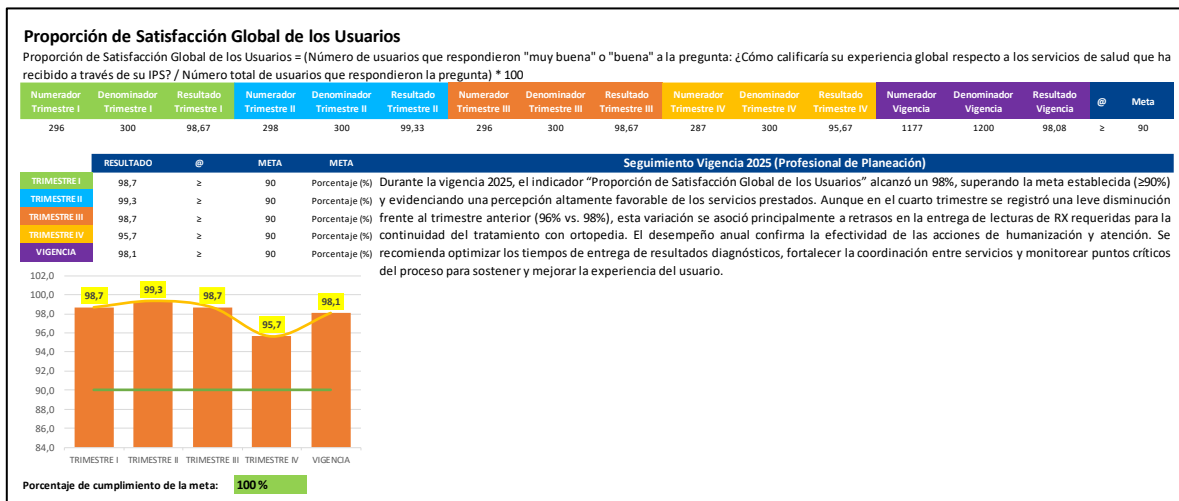
5.32 Porcentaje de cumplimiento del plan de acción para la implementación de las políticas de atención con enfoque diferencial y humanización

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de cumplimiento del plan de acción para la implementación de las políticas de atención con enfoque diferencial y humanización” alcanzó un 92%, superando la meta establecida ($\geq 70\%$) y evidenciando un avance significativo en la ejecución de las actividades programadas. El cumplimiento parcial restante estuvo condicionado por requerimientos de infraestructura en el Hospital Herrera Restrepo, factor que limitó el cierre total del plan. No obstante, el resultado refleja un compromiso institucional sólido con la humanización de la atención y el enfoque diferencial. Se recomienda dar continuidad a las acciones pendientes en la vigencia 2026, priorizando las adecuaciones de infraestructura y manteniendo el acompañamiento desde la Alta Gerencia para consolidar el cumplimiento total.



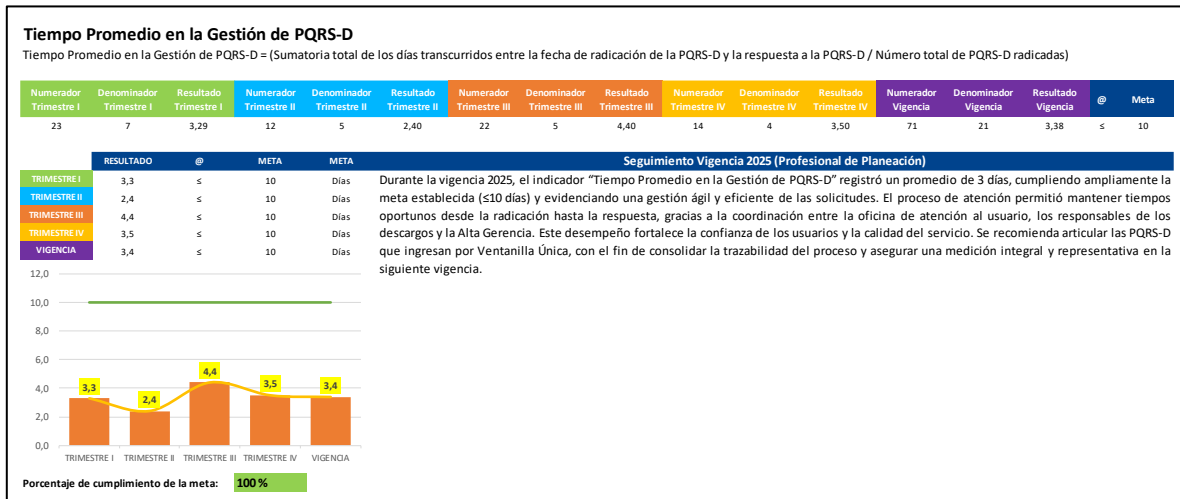
5.33 Proporción de Satisfacción Global de los Usuarios

Durante la vigencia 2025, el indicador “Proporción de Satisfacción Global de los Usuarios” alcanzó un 98%, superando la meta establecida ($\geq 90\%$) y evidenciando una percepción altamente favorable de los servicios prestados. Aunque en el cuarto trimestre se registró una leve disminución frente al trimestre anterior (96% vs. 98%), esta variación se asoció principalmente a retrasos en la entrega de lecturas de RX requeridas para la continuidad del tratamiento con ortopedia. El desempeño anual confirma la efectividad de las acciones de humanización y atención. Se recomienda optimizar los tiempos de entrega de resultados diagnósticos, fortalecer la coordinación entre servicios y monitorear puntos críticos del proceso para sostener y mejorar la experiencia del usuario.



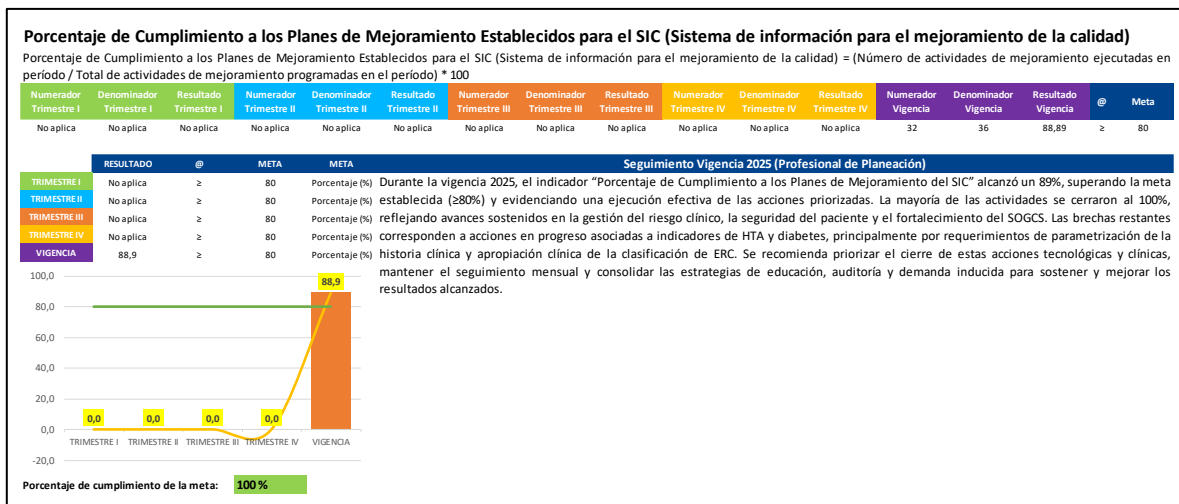
5.34 Tiempo Promedio en la Gestión de PQRS-D

Durante la vigencia 2025, el indicador “Tiempo Promedio en la Gestión de PQRS-D” registró un promedio de 3 días, cumpliendo ampliamente la meta establecida (≤ 10 días) y evidenciando una gestión ágil y eficiente de las solicitudes. El proceso de atención permitió mantener tiempos oportunos desde la radicación hasta la respuesta, gracias a la coordinación entre la oficina de atención al usuario, los responsables de los descargos y la Alta Gerencia. Este desempeño fortalece la confianza de los usuarios y la calidad del servicio. Se recomienda articular las PQRS-D que ingresan por Ventanilla Única, con el fin de consolidar la trazabilidad del proceso y asegurar una medición integral y representativa en la siguiente vigencia.



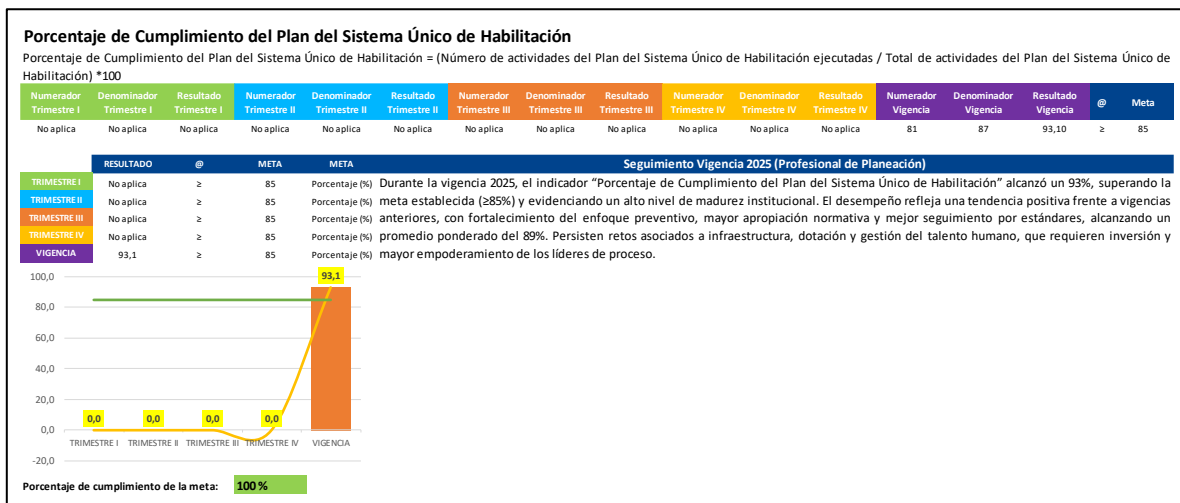
5.35 Porcentaje de Cumplimiento a los Planes de Mejoramiento Establecidos para el SIC (Sistema de información para el mejoramiento de la calidad)

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de Cumplimiento a los Planes de Mejoramiento del SIC” alcanzó un 89%, superando la meta establecida ($\geq 80\%$) y evidenciando una ejecución efectiva de las acciones priorizadas. La mayoría de las actividades se cerraron al 100%, reflejando avances sostenidos en la gestión del riesgo clínico, la seguridad del paciente y el fortalecimiento del SOGCS. Las brechas restantes corresponden a acciones en progreso asociadas a indicadores de HTA y diabetes, principalmente por requerimientos de parametrización de la historia clínica y apropiación clínica de la clasificación de ERC. Se recomienda priorizar el cierre de estas acciones tecnológicas y clínicas, mantener el seguimiento mensual y consolidar las estrategias de educación, auditoría y demanda inducida para sostener y mejorar los resultados alcanzados.



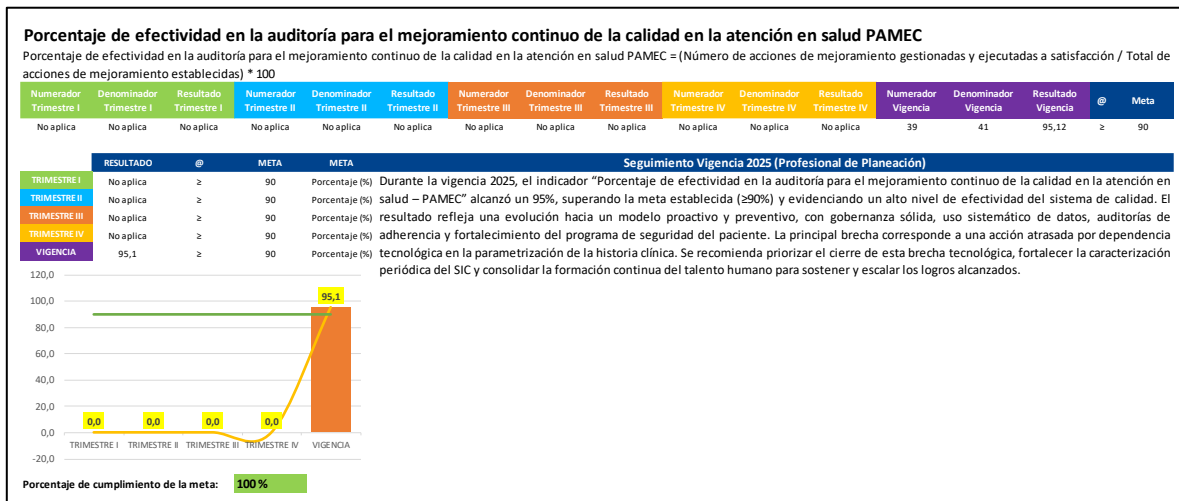
5.36 Porcentaje de Cumplimiento del Plan del Sistema Único de Habilitación

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de Cumplimiento del Plan del Sistema Único de Habilitación” alcanzó un 93%, superando la meta establecida ($\geq 85\%$) y evidenciando un alto nivel de madurez institucional. El desempeño refleja una tendencia positiva frente a vigencias anteriores, con fortalecimiento del enfoque preventivo, mayor apropiación normativa y mejor seguimiento por estándares, alcanzando un promedio ponderado del 89%. Persisten retos asociados a infraestructura, dotación y gestión del talento humano, que requieren inversión y mayor empoderamiento de los líderes de proceso.



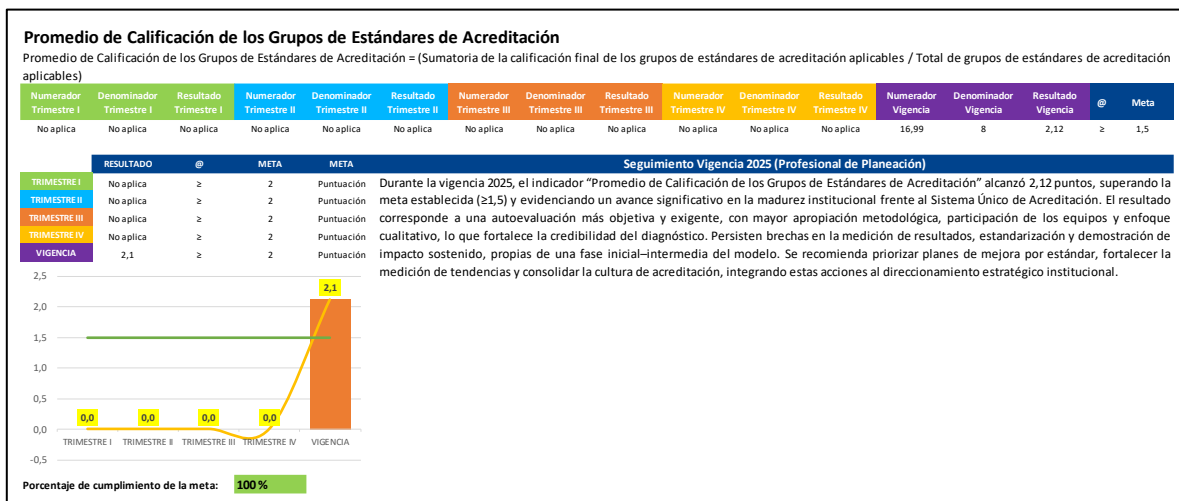
5.37 Porcentaje de efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud PAMEC

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud – PAMEC” alcanzó un 95%, superando la meta establecida ($\geq 90\%$) y evidenciando un alto nivel de efectividad del sistema de calidad. El resultado refleja una evolución hacia un modelo proactivo y preventivo, con gobernanza sólida, uso sistemático de datos, auditorías de adherencia y fortalecimiento del programa de seguridad del paciente. La principal brecha corresponde a una acción atrasada por dependencia tecnológica en la parametrización de la historia clínica. Se recomienda priorizar el cierre de esta brecha tecnológica, fortalecer la caracterización periódica del SIC y consolidar la formación continua del talento humano para sostener y escalar los logros alcanzados.



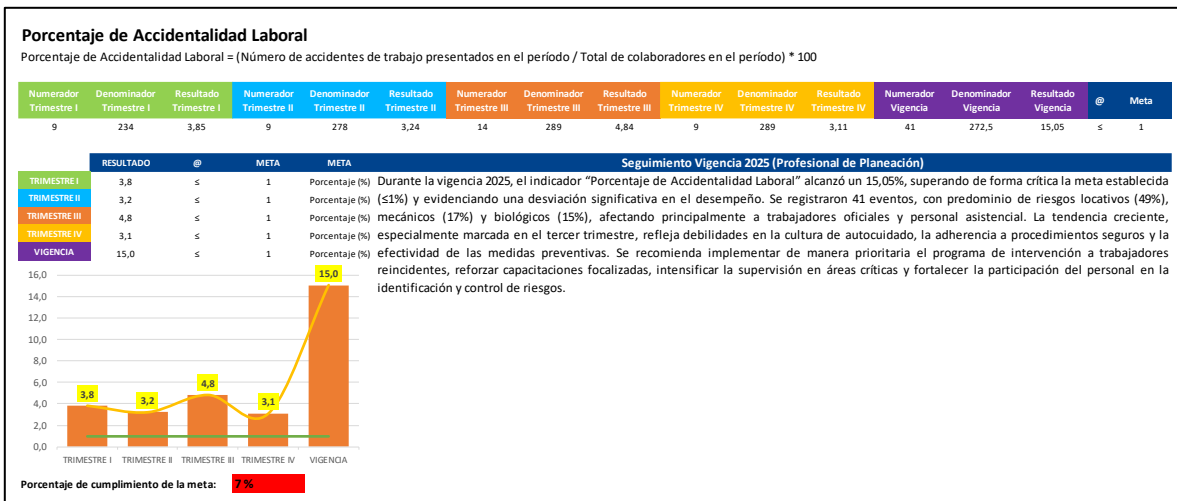
5.38 Promedio de Calificación de los Grupos de Estándares de Acreditación

Durante la vigencia 2025, el indicador “Promedio de Calificación de los Grupos de Estándares de Acreditación” alcanzó 2,12 puntos, superando la meta establecida ($\geq 1,5$) y evidenciando un avance significativo en la madurez institucional frente al Sistema Único de Acreditación. El resultado corresponde a una autoevaluación más objetiva y exigente, con mayor apropiación metodológica, participación de los equipos y enfoque cualitativo, lo que fortalece la credibilidad del diagnóstico. Persisten brechas en la medición de resultados, estandarización y demostración de impacto sostenido, propias de una fase inicial-intermedia del modelo. Se recomienda priorizar planes de mejora por estándar, fortalecer la medición de tendencias y consolidar la cultura de acreditación, integrando estas acciones al direccionamiento estratégico institucional.



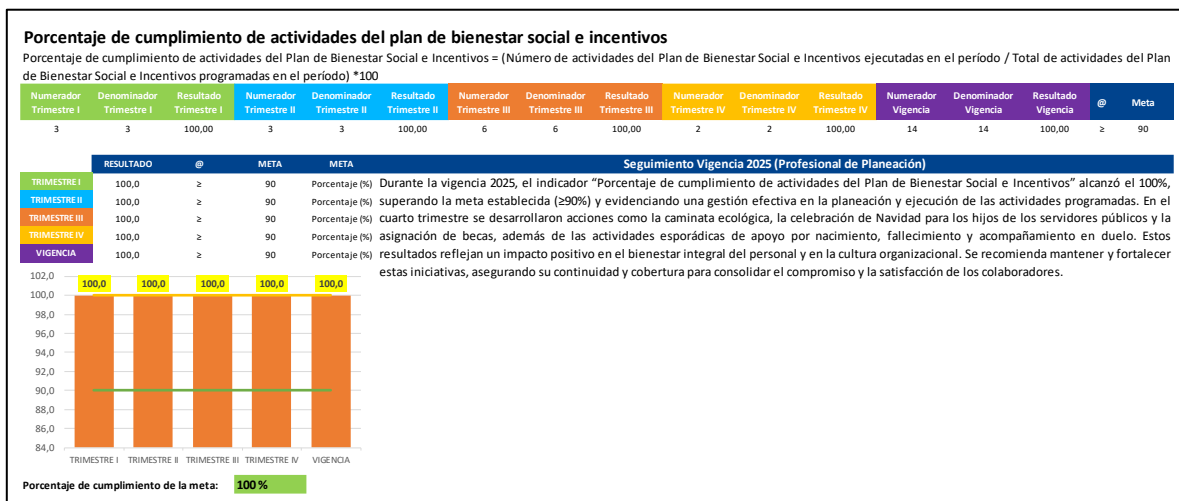
5.39 Porcentaje de Accidentalidad Laboral

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de Accidentalidad Laboral” alcanzó un 15,05%, superando de forma crítica la meta establecida ($\leq 1\%$) y evidenciando una desviación significativa en el desempeño. Se registraron 41 eventos, con predominio de riesgos locativos (49%), mecánicos (17%) y biológicos (15%), afectando principalmente a trabajadores oficiales y personal asistencial. La tendencia creciente, especialmente marcada en el tercer trimestre, refleja debilidades en la cultura de autocuidado, la adherencia a procedimientos seguros y la efectividad de las medidas preventivas. Se recomienda implementar de manera prioritaria el programa de intervención a trabajadores reincidentes, reforzar capacitaciones focalizadas, intensificar la supervisión en áreas críticas y fortalecer la participación del personal en la identificación y control de riesgos.



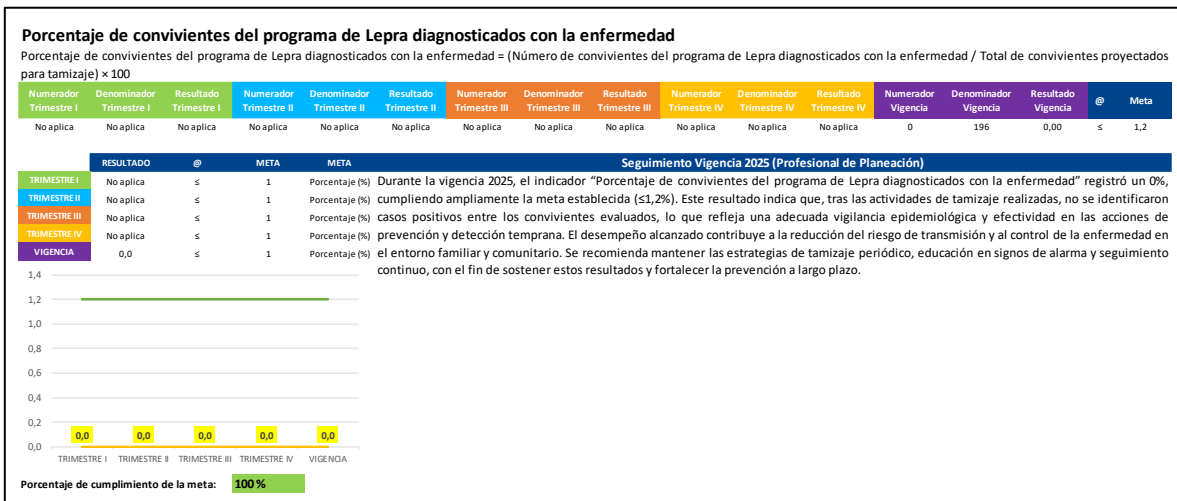
5.40 Porcentaje de cumplimiento de actividades del plan de bienestar social e incentivos

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de cumplimiento de actividades del Plan de Bienestar Social e Incentivos” alcanzó el 100%, superando la meta establecida ($\geq 90\%$) y evidenciando una gestión efectiva en la planeación y ejecución de las actividades programadas. En el cuarto trimestre se desarrollaron acciones como la caminata ecológica, la celebración de Navidad para los hijos de los servidores públicos y la asignación de becas, además de las actividades esporádicas de apoyo por nacimiento, fallecimiento y acompañamiento en duelo. Estos resultados reflejan un impacto positivo en el bienestar integral del personal y en la cultura organizacional. Se recomienda mantener y fortalecer estas iniciativas, asegurando su continuidad y cobertura para consolidar el compromiso y la satisfacción de los colaboradores.



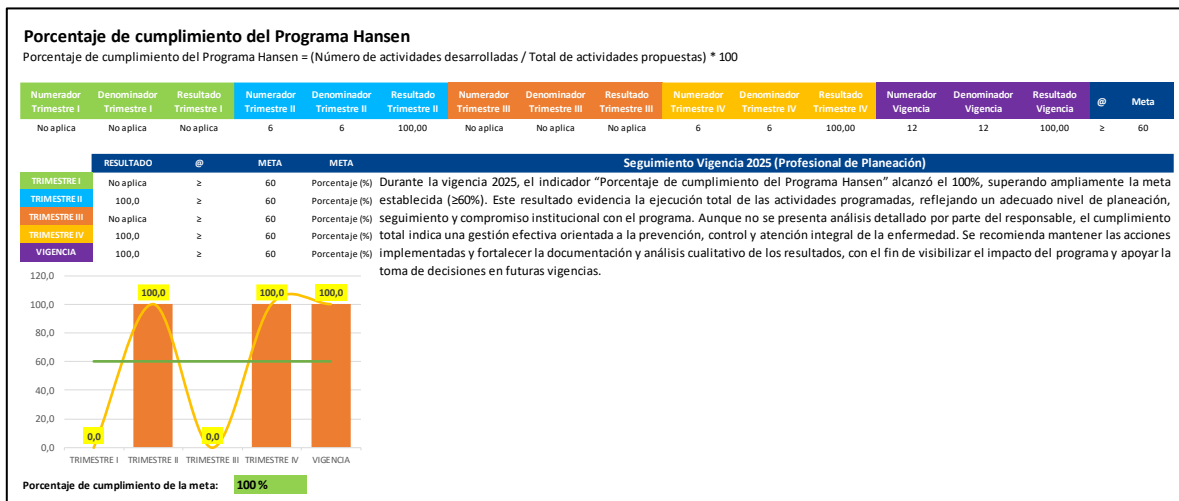
5.41 Porcentaje de convivientes del programa de Lepra diagnosticados con la enfermedad

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de convivientes del programa de Lepra diagnosticados con la enfermedad” registró un 0%, cumpliendo ampliamente la meta establecida ($\leq 1,2\%$). Este resultado indica que, tras las actividades de tamizaje realizadas, no se identificaron casos positivos entre los convivientes evaluados, lo que refleja una adecuada vigilancia epidemiológica y efectividad en las acciones de prevención y detección temprana. El desempeño alcanzado contribuye a la reducción del riesgo de transmisión y al control de la enfermedad en el entorno familiar y comunitario. Se recomienda mantener las estrategias de tamizaje periódico, educación en signos de alarma y seguimiento continuo, con el fin de sostener estos resultados y fortalecer la prevención a largo plazo.



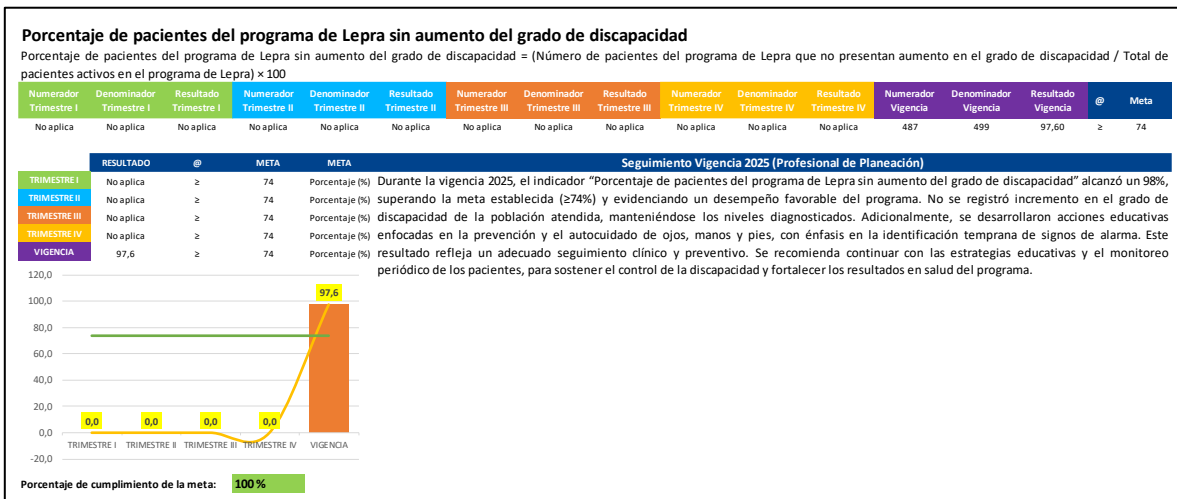
5.42 Porcentaje de cumplimiento del Programa Hansen

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de cumplimiento del Programa Hansen” alcanzó el 100%, superando ampliamente la meta establecida ($\geq 60\%$). Este resultado evidencia la ejecución total de las actividades programadas, reflejando un adecuado nivel de planeación, seguimiento y compromiso institucional con el programa. Aunque no se presenta análisis detallado por parte del responsable, el cumplimiento total indica una gestión efectiva orientada a la prevención, control y atención integral de la enfermedad. Se recomienda mantener las acciones implementadas y fortalecer la documentación y análisis cualitativo de los resultados, con el fin de visibilizar el impacto del programa y apoyar la toma de decisiones en futuras vigencias.



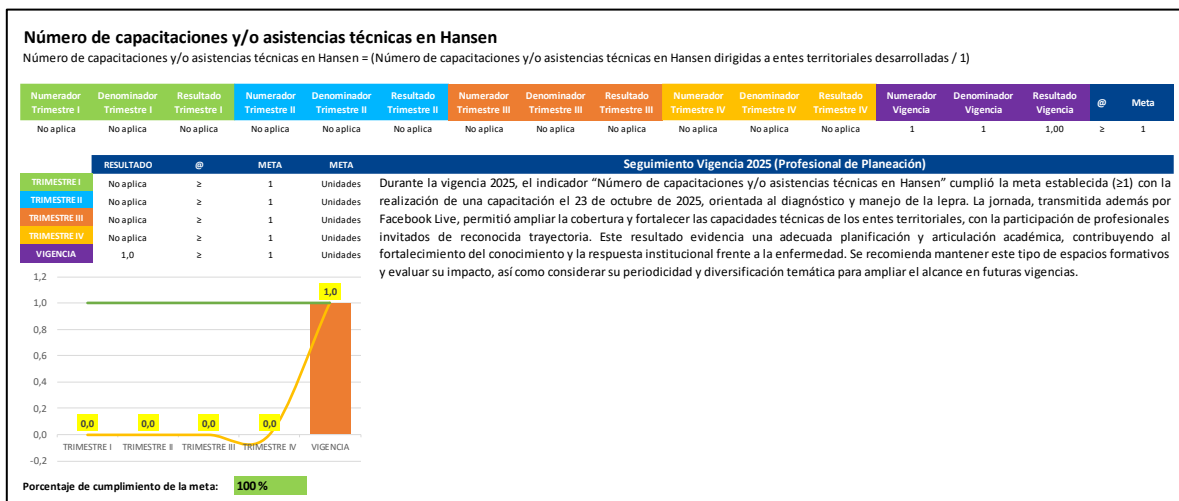
5.43 Porcentaje de pacientes del programa de Lepra sin aumento del grado de discapacidad

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de pacientes del programa de Lepra sin aumento del grado de discapacidad” alcanzó un 98%, superando la meta establecida ($\geq 74\%$) y evidenciando un desempeño favorable del programa. No se registró incremento en el grado de discapacidad de la población atendida, manteniéndose los niveles diagnosticados. Adicionalmente, se desarrollaron acciones educativas enfocadas en la prevención y el autocuidado de ojos, manos y pies, con énfasis en la identificación temprana de signos de alarma. Este resultado refleja un adecuado seguimiento clínico y preventivo. Se recomienda continuar con las estrategias educativas y el monitoreo periódico de los pacientes, para sostener el control de la discapacidad y fortalecer los resultados en salud del programa.



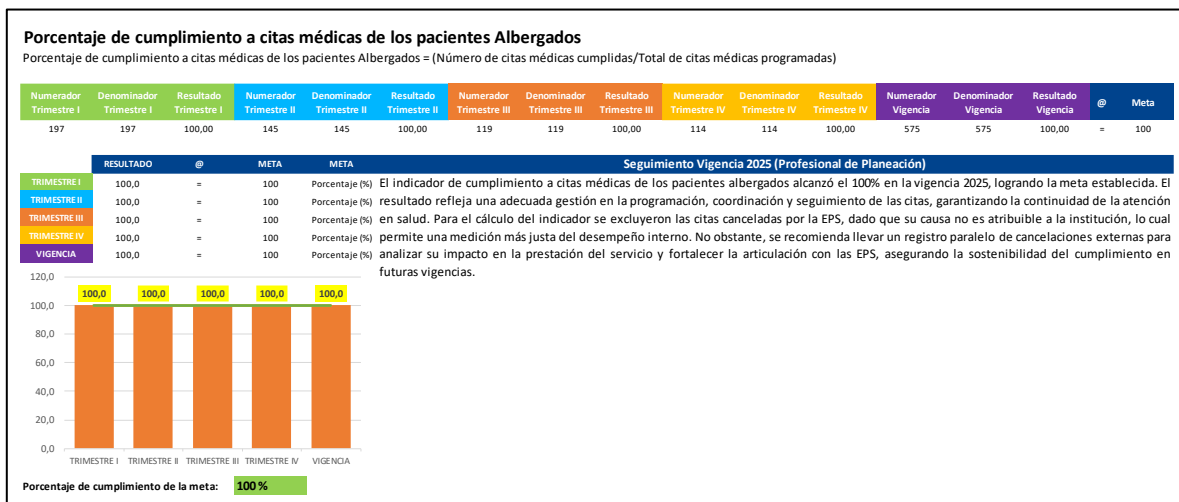
5.44 Número de capacitaciones y/o asistencias técnicas en Hansen

Durante la vigencia 2025, el indicador “Número de capacitaciones y/o asistencias técnicas en Hansen” cumplió la meta establecida (≥ 1) con la realización de una capacitación el 23 de octubre de 2025, orientada al diagnóstico y manejo de la lepra. La jornada, transmitida además por Facebook Live, permitió ampliar la cobertura y fortalecer las capacidades técnicas de los entes territoriales, con la participación de profesionales invitados de reconocida trayectoria. Este resultado evidencia una adecuada planificación y articulación académica, contribuyendo al fortalecimiento del conocimiento y la respuesta institucional frente a la enfermedad. Se recomienda mantener este tipo de espacios formativos y evaluar su impacto, así como considerar su periodicidad y diversificación temática para ampliar el alcance en futuras vigencias.



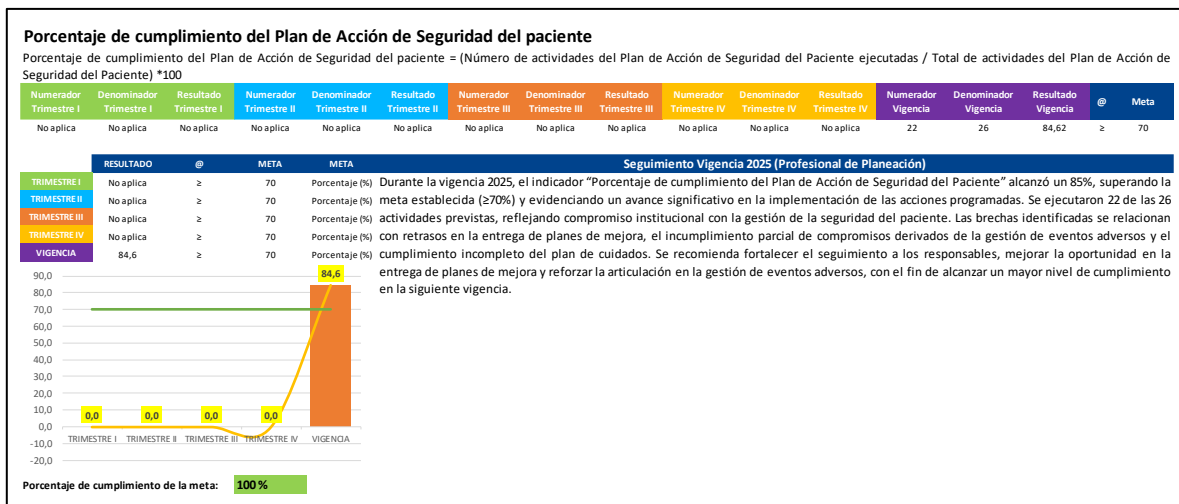
5.45 Porcentaje de cumplimiento a citas médicas de los pacientes Albergados

El indicador de cumplimiento a citas médicas de los pacientes albergados alcanzó el 100% en la vigencia 2025, logrando la meta establecida. El resultado refleja una adecuada gestión en la programación, coordinación y seguimiento de las citas, garantizando la continuidad de la atención en salud. Para el cálculo del indicador se excluyeron las citas canceladas por la EPS, dado que su causa no es atribuible a la institución, lo cual permite una medición más justa del desempeño interno. No obstante, se recomienda llevar un registro paralelo de cancelaciones externas para analizar su impacto en la prestación del servicio y fortalecer la articulación con las EPS, asegurando la sostenibilidad del cumplimiento en futuras vigencias.



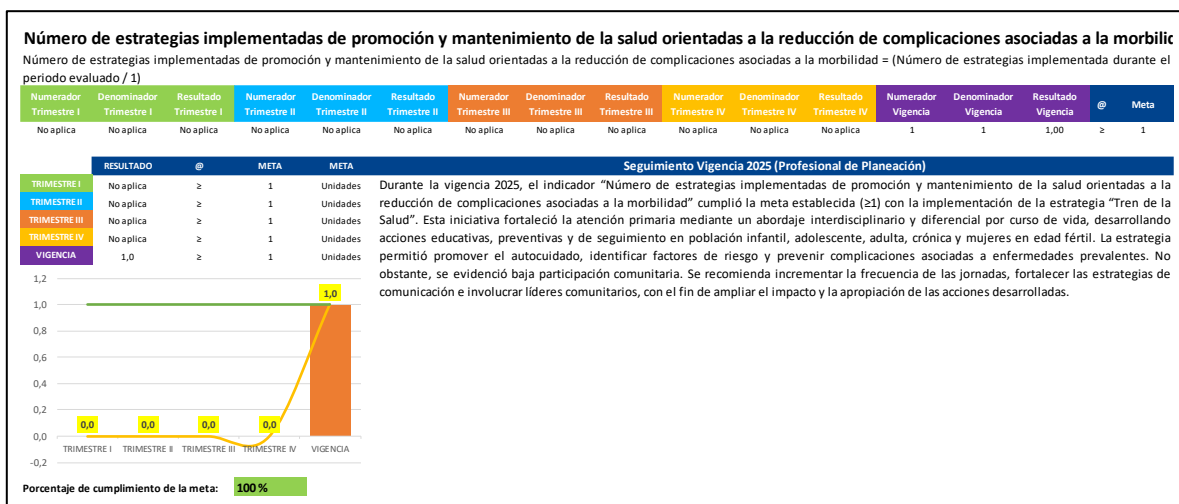
5.46 Porcentaje de cumplimiento del Plan de Acción de Seguridad del paciente

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de cumplimiento del Plan de Acción de Seguridad del Paciente” alcanzó un 85%, superando la meta establecida ($\geq 70\%$) y evidenciando un avance significativo en la implementación de las acciones programadas. Se ejecutaron 22 de las 26 actividades previstas, reflejando compromiso institucional con la gestión de la seguridad del paciente. Las brechas identificadas se relacionan con retrasos en la entrega de planes de mejora, el incumplimiento parcial de compromisos derivados de la gestión de eventos adversos y el cumplimiento incompleto del plan de cuidados. Se recomienda fortalecer el seguimiento a los responsables, mejorar la oportunidad en la entrega de planes de mejora y reforzar la articulación en la gestión de eventos adversos, con el fin de alcanzar un mayor nivel de cumplimiento en la siguiente vigencia.



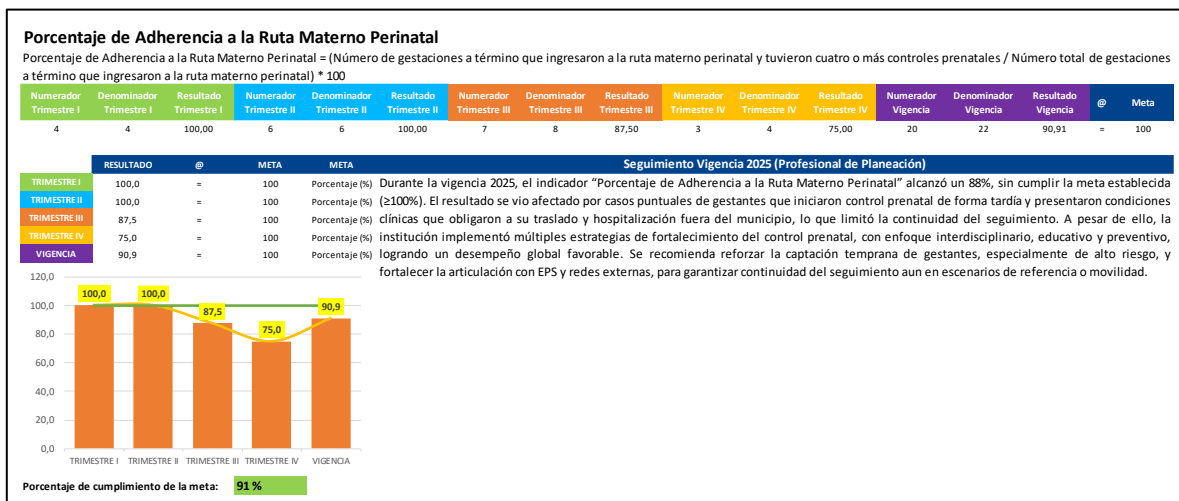
5.47 Número de estrategias implementadas de promoción y mantenimiento de la salud orientadas a la reducción de complicaciones asociadas a la morbilidad

Durante la vigencia 2025, el indicador “Número de estrategias implementadas de promoción y mantenimiento de la salud orientadas a la reducción de complicaciones asociadas a la morbilidad” cumplió la meta establecida (≥ 1) con la implementación de la estrategia “Tren de la Salud”. Esta iniciativa fortaleció la atención primaria mediante un abordaje interdisciplinario y diferencial por curso de vida, desarrollando acciones educativas, preventivas y de seguimiento en población infantil, adolescente, adulta, crónica y mujeres en edad fértil. La estrategia permitió promover el autocuidado, identificar factores de riesgo y prevenir complicaciones asociadas a enfermedades prevalentes. No obstante, se evidenció baja participación comunitaria. Se recomienda incrementar la frecuencia de las jornadas, fortalecer las estrategias de comunicación e involucrar líderes comunitarios, con el fin de ampliar el impacto y la apropiación de las acciones desarrolladas.



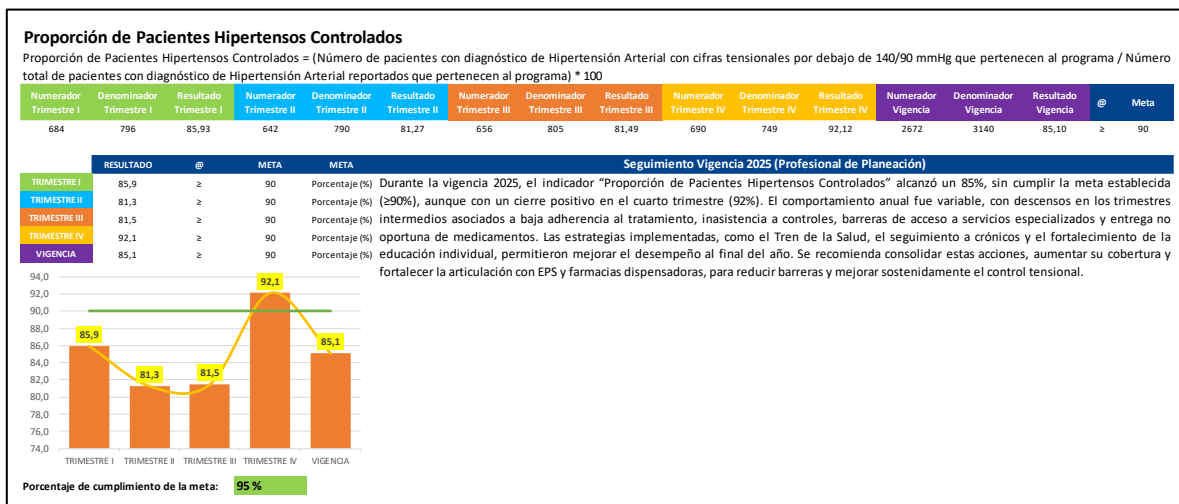
5.48 Porcentaje de Adherencia a la Ruta Materno Perinatal

Durante la vigencia 2025, el indicador “Porcentaje de Adherencia a la Ruta Materno Perinatal” alcanzó un 88%, sin cumplir la meta establecida ($\geq 100\%$). El resultado se vio afectado por casos puntuales de gestantes que iniciaron control prenatal de forma tardía y presentaron condiciones clínicas que obligaron a su traslado y hospitalización fuera del municipio, lo que limitó la continuidad del seguimiento. A pesar de ello, la institución implementó múltiples estrategias de fortalecimiento del control prenatal, con enfoque interdisciplinario, educativo y preventivo, logrando un desempeño global favorable. Se recomienda reforzar la captación temprana de gestantes, especialmente de alto riesgo, y fortalecer la articulación con EPS y redes externas, para garantizar continuidad del seguimiento aun en escenarios de referencia o movilidad.



5.49 Proporción de Pacientes Hipertensos Controlados

Durante la vigencia 2025, el indicador “Proporción de Pacientes Hipertensos Controlados” alcanzó un 85%, sin cumplir la meta establecida ($\geq 90\%$), aunque con un cierre positivo en el cuarto trimestre (92%). El comportamiento anual fue variable, con descensos en los trimestres intermedios asociados a baja adherencia al tratamiento, inasistencia a controles, barreras de acceso a servicios especializados y entrega no oportuna de medicamentos. Las estrategias implementadas, como el Tren de la Salud, el seguimiento a crónicos y el fortalecimiento de la educación individual, permitieron mejorar el desempeño al final del año. Se recomienda consolidar estas acciones, aumentar su cobertura y fortalecer la articulación con EPS y farmacias dispensadoras, para reducir barreras y mejorar sostenidamente el control tensional.



6 Seguimiento y Mecanismos de Reporte

El seguimiento al Plan Operativo Anual (POA) del Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. se realiza de manera trimestral, con base en la verificación del avance de metas y el comportamiento de los indicadores definidos para la vigencia. La información se consolida a partir de las fuentes oficiales de cada proceso, permitiendo identificar oportunamente avances, desviaciones, alertas y necesidades de ajuste.

Los resultados del seguimiento trimestral se presentan en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, instancia en la que se socializan los análisis consolidados e individuales, se revisan los hallazgos y se determinan las acciones de mejora, responsables y compromisos para fortalecer el cumplimiento del POA y la toma de decisiones orientada a resultados.

7 Conclusiones

- El seguimiento al Plan Operativo Anual (POA) del Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. permitió monitorear el comportamiento de 49 indicadores, aportando evidencia objetiva para la toma de decisiones y el fortalecimiento del desempeño institucional.
- El promedio de cumplimiento general de metas del POA fue del 92%, lo cual refleja un resultado global favorable y consistente con un avance alto en la ejecución de las acciones planificadas para la vigencia.
- La distribución por niveles de cumplimiento evidencia que 40 indicadores (82%) se ubican en nivel Alto, 3 indicadores (6%) en nivel Medio y 6 indicadores (12%) en nivel Bajo, confirmando que la mayoría de metas se alcanzan satisfactoriamente.
- A pesar del buen comportamiento general, se identifican 9 indicadores ubicados en niveles Medio y Bajo que requieren intervención prioritaria, mediante acciones correctivas y de mejora orientadas a cerrar brechas y evitar rezagos en el cumplimiento integral del POA.
- La presentación de resultados y su análisis en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño fortalece el control de la gestión, la trazabilidad del seguimiento y la implementación de compromisos de mejora sobre los indicadores con mayor riesgo de incumplimiento.

