

Girardota, junio 12 de 2026

Doctora
CLAUDIA MARÍA CASTRILLÓN ZAPATA
Gerente
E.S.E. Hospital San Rafael

Asunto: Informe de seguimiento del primer trimestre del Plan Operativo Anual de la vigencia 2026.

OBJETIVO: Evaluar los avances en el cumplimiento de las metas definidas en el Plan Operativo Anual de la vigencia 2026, con base en las actividades definidas en dicho plan y las evidencias soportadas por los funcionarios responsables, con el fin de identificar oportunidades para el mejoramiento en el logro de éste.

ALCANCE: Verificar el avance en el cumplimiento de las metas propuestas dentro del Plan Operativo Anual de la vigencia 2026, correspondientes al primer trimestre del año.

METODOLOGÍA:

- Se aplicó instrumento de seguimiento de las diferentes metas.
- Entre las técnicas de auditoría se utilizó la observación, la revisión documental y la entrevista a funcionarios responsables de las actividades.
- Posterior a la realización de la auditoría se elabora el informe final con los resultados encontrados, el cual se da a conocer a la Gerencia de la entidad para la implementación de las acciones de mejora pertinentes.

RESULTADOS:

Durante el primer trimestre del año se implementaron acciones en la Institución que permitieron avance en el logro de las metas establecidas para el Plan Operativo Anual de la vigencia 2026, obteniendo un resultado del 83%, donde se lograron 19 metas de 23 que aplicaban para el primer trimestre.

A continuación, se detallan los resultados por cada línea estratégica:

LÍNEA 1. ESE SAN RAFAEL SOSTENIBLE FINANCIERAMENTE Y CON PROYECCIÓN A FUTURO.

Programa: Sostenibilidad financiera centrada en un servicio competitivo.

Objetivo estratégico: Avanzar en el mejoramiento de la liquidez de la ESE San Rafael a través del fortalecimiento del área de facturación, contratación y cartera.

INDICADORES	FÓRMULA	META 2026	RESULTADO DE LAS METAS DEL PRIMER TRIMESTRE DE 2026					
			CUMPLIMIENTO DE METAS					
			NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO 1: SI 0: NO	SOPORTE	OBSERVACIONES
Proporción de ingresos recaudados	Total de ingresos recaudados x 100 / Total de ingresos reconocidos	≥ 75%	\$8,698,035,337.00	\$7,389,854,577.00	85.0%	SI	Ejecución presupuestal reportada en el SIHO.	Durante el primer trimestre de la vigencia 2026 se obtiene una proporción de ingresos recaudados del 85%, logrando la meta establecida que corresponde a un resultado mayor o igual al 75%.
Incrementar la facturación con recaudo en un 7% por concepto de venta de nuevos servicios y convenios interadministrativos	(Facturación del periodo actual realizada con recaudo venta de nuevos servicios y convenios interadministrativos/ total de facturación del periodo anterior venta de nuevos servicios y convenios interadministrativos) - 1x100	> 7%	\$1,325,968,783.00	\$3,334,104,422.00	-60%	NO	Informe de facturación, informe de cartera	En el primer trimestre de la vigencia 2026 con una disminución del 60%, no se logra el cumplimiento del indicador sobre incremento de la facturación comparado con el primer trimestre de la vigencia 2025.
Porcentaje de incremento	(Valor Facturado en el año	≥ 5%	2647728009	2820738314	-6%	NO	Reporte de facturación del SIHO	Durante el periodo de enero a marzo de 2026 se logró un

en la venta de servicios	actual / Valor Facturado en el año anterior)-1 x100							valor facturado de \$2.670.805.899 y para este mismo periodo en la vigencia 2025 el valor correspondió a \$2.834.356.766, presentándose una disminución del 6% en el periodo 2026 comparado con el año 2025, no se logra la meta establecida para este periodo. Se cuenta con un plan de comunicaciones a través del cual se mercadean los servicios y éste se viene implementando. Se vienen realizando actividades de divulgación de los servicios a través de diferentes canales de comunicación, se cuenta con soportes custodiados en el archivo de gestión del área de comunicaciones.
Porcentaje de glosas	(Valor glosado / Valor Radicado) *100	≤ 3,5%	23077890	2670805899	0.9%	SI	Ejecución presupuest al reportada en el SIHO.	En el primer trimestre de la vigencia 2026 se obtiene un resultado en el porcentaje de glosas del 0.9%, logrando la meta establecida que corresponde a un resultado menor o igual al 3.5%.
Porcentaje de cuentas saneadas y depuradas (pasivos)	(Valor de cuentas saneadas, pagadas o depuradas / Valor de cuentas existentes) *100	≥86%	\$1,030,889,916 .00	\$7,400,211,323.00	14%	NO	Registros contables	Durante el primer trimestre de la vigencia 2026 con un resultado del 14%, no se logra obtener el cumplimiento de la meta que aplicaría para el trimestre que corresponde a un 21% (meta anual 86%). Se requiere continuar generando esfuerzos para el

								mejoramiento en el pago de pasivos.
Porcentaje de cumplimiento de reuniones del comité de conciliación	Numero de reuniones realizadas del comité de conciliación / número de reuniones programadas del comité de conciliación	$\geq 75\%$						Durante el primer trimestre no se presentaron temas que requirieran la operatividad del Comité de Conciliación.
Porcentaje de avance de las cuentas contables depuradas	(Valor de cuentas saneadas, pagadas o depuradas / Valor de cuentas existentes) *100	$\geq 75\%$	No aplica para este seguimiento	No aplica para este seguimiento	No aplica para este seguimiento			Durante el primer trimestre del año no se realizó depuración de cuentas contables, se estaba realizando consolidación y cierre de la vigencia 2025.
Porcentaje de cumplimiento de la creación de Notas Técnicas con EAPB	(Número de Notas técnicas creadas con principales EAPB / Numero de Principales EAPB con las que se contrata) *100	100%	3	3	100%	SI	Notas técnicas de los contratos documentadas	En el periodo de enero a marzo de 2026, se han construido 3 fichas técnicas, para los principales contratos de la entidad, logrando el cumplimiento de la meta establecida.

LÍNEA 2: JUNTOS POR UNA ESE SAN RAFAEL HUMANA Y CERCANA AL USUARIO.

Programa: Gobierno transparente y cercano al ciudadano.

Objetivo estratégico: Implementar la política de Servicio al ciudadano y Participación ciudadana en la gestión pública MIPG.

INDICADORES	FORMULA	META 2026	RESULTADO DE LAS METAS DEL PRIMER TRIMESTRE DE 2026					
			CUMPLIMIENTO DE METAS					
			NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO 1: SI 0: NO	SOPORTE	OBSERVACIONES
Proporción de cumplimiento del Plan de	(Número de actividades cumplidas del Plan	$\geq 70\%$	16.5	29	57%	SI	Planes de trabajo con seguimiento	Para la vigencia 2026 se formularon los

Nit: 890980727-9

(+57) 604 560 78 10

hospitalgirardota.gov.co

atencionalusuario@hospitalgirardota.com

Carrera 16 # 11- 01 Girardota, Antioquia, Código Postal 051030

Acción para las políticas de Gobierno digital, Seguridad Digital y Transparencia y Acceso a la Información	de Acción para las políticas de Gobierno Digital, Seguridad digital y Acceso a la Información /Total actividades programadas del Plan de Acción para las políticas de Gobierno Digital, Seguridad Digital y Transparencia y Acceso a la Información)*100						y soportes de ejecución custodiados en el archivo de gestión de la entidad.	planes de trabajo para la implementación de la Política de Gobierno Digital, Seguridad Digital y Transparencia y Acceso a la Información Pública, programando para todo el año 29 actividades. Entre los tres (3) planes de trabajo se ha logrado un avance del 57% (16.5 actividades ejecutadas de 29 actividades programadas) para el primer trimestre, logrando un avance con cumplimiento que correspondería para el trimestre del 17.5%.
Proporción de cumplimiento del Plan de acción para las políticas de Servicio al Ciudadano y Participación Ciudadana en la Gestión Pública	(Número de actividades cumplidas del plan de acción para las políticas de Servicio al Ciudadano y Participación Ciudadana en la Gestión Pública /Total actividades programadas del plan de acción para las políticas de Servicio al Ciudadano y Participación Ciudadana en la Gestión Pública)*100	≥ 70%	12	12	100%	SI	Plan de trabajo de la Política de Servicio al Ciudadano y Participación Ciudadana en la Gestión Pública con seguimiento, soportes de ejecución de las actividades custodiado en el archivo de gestión del proceso del SIAU.	Se cuenta con el plan de acción donde se incluyen todas las actividades para la implementación de las políticas de Servicio al Ciudadano y de Participación Ciudadana en la Gestión, se evidencian los soportes de ejecución de las actividades, los cuales se encuentran custodiados en el archivo de gestión de la Oficina de Información y Atención al Usuario en medio físico y magnético. A mayo 31 se logra un cumplimiento del 100% (12 actividades programadas que han sido ejecutadas).

Nit: 890980727-9

(+57) 604 560 78 10

hospitalgirardota.gov.co

atencionalusuario@hospitalgirardota.com

Carrera 16 # 11- 01 Girardota, Antioquia, Código Postal 051030

Proporción de cumplimiento del Plan de acción de la Política de Gestión Documental	(Número de actividades cumplidas del Plan de Acción de la Política de Gestión Documental / Total actividades programadas del Plan de Acción de la Política de Gestión Documental)*100	≥ 90%	No aplica para este seguimiento	No aplica para este seguimiento	No aplica para este seguimiento		Para este trimestre no aplica la medición del cumplimiento en la ejecución del plan de acción de la Política de Gestión Documental, ya que durante este periodo se encontraba en proceso de construcción el documento.
--	---	-------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--	--

Programa: Participación Comunitaria juntos somos más.

Objetivo estratégico: Fortalecer la comunicación y la articulación entre la administración de la ESE y la comunidad en general y los grupos de valor de forma particular.

INDICADORES	FORMULA	META 2026	RESULTADO DE LAS METAS DEL PRIMER TRIMESTRE DE 2026					
			CUMPLIMIENTO DE METAS					
			NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO 1: SI 0: NO	SOPORTE	OBSERVACIONES
Tasa de satisfacción del usuario	Fórmula: (Número de usuarios que califican la atención como "Buena" o "Muy Buena" en encuestas de satisfacción / Total de usuarios encuestados) x 100	≥ 80%	403	500	81%	SI	Reporte en la plataforma del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) del primer trimestre. Informes de satisfacción del usuario.	Durante el primer trimestre de la vigencia 2026 se logra una satisfacción global de 85% (403 usuarios que califican la atención como buena y muy buena, de 500 usuarios encuestados), se logra el cumplimiento de la meta establecida. Se tiene documentado para la vigencia un plan de trabajo para la implementación de la política de humanización, el cual se viene implementando liderado por el área de talento humano.

Proporción de cumplimiento del Plan de acción de la política de Racionalización de Tramites.	(Número de actividades cumplidas del Plan de Acción de la Política de Racionalización de Tramites/Total actividades programadas del Plan de Acción de la Política de Racionalización de Tramites)*100	≥ 80%	5	15	33%	SI	Plan de Trabajo para la implementación de la Política de Racionalización de Tramites y evidencias custodiadas en el archivo de gestión de la Oficina del SIAU	En el periodo de enero a marzo de 2026 se logra un avance en la implementación de las actividades formuladas para el Plan de Trabajo de la Política de Racionalización de Trámites del 33% (5 actividades ejecutadas de 15 programadas). Se viene logrando en este periodo el cumplimiento de la meta, la cual correspondería a un 20% para el primer trimestre del 80% que aplica para toda la vigencia. Se vienen realizando asistencia digital en la racionalización de trámites a través del grupo de WhatsApp se cuenta con soporte de dichas asistencias, custodiado en el archivo de gestión de la Oficina de Información y Atención al Usuario.
Porcentaje de cumplimiento del Plan de Participación Social en Salud (PPSS)	(N° de acciones cumplidas del plan de PPSS / total de acciones programadas en el Plan de Participación Social en Salud)*100	≥ 90%	44	93	47%	SI	Plan de Participación Social en Salud con seguimiento y evidencias custodiadas en el archivo de gestión de la Oficina del SIAU	Durante el periodo de enero a mayo 31 de 2026, se han realizado 44 actividades de 93 programadas, logrando un avance en la ejecución del 47%. Se viene dando

							cumplimiento con la meta que para este periodo correspondería a un 30%, del 90% que se definió para toda la vigencia.
--	--	--	--	--	--	--	---

LÍNEA 3. SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD, HUMANIZADO, CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA

Programa: ESE San Rafael apuesta por los indicadores de salud pública y asistenciales.

Objetivo estratégico: Mejorar en el cumplimiento de los indicadores de salud pública y asistenciales durante la prestación de servicio por parte de la Institución.

INDICADORES	FORMULA	META 2026	RESULTADO DE LAS METAS DEL PRIMER TRIMESTRE DE 2026					
			CUMPLIMIENTO DE METAS					
			NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO 1: SI 0: NO	SOPORTE	OBSERVACIONES
Proporción de cumplimiento del plan de acción para la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).	(Número de actividades cumplidas para implementación de las RIAS / Número total de actividades para implementación de las RIAS)*100	≥ 80%	No aplica para este seguimiento	No aplica para este seguimiento	No aplica para este seguimiento			Para el primer trimestre de la vigencia no aplica la verificación del avance sobre el plan de trabajo para la implementación de RIAS, ya que durante este periodo se encontraba en proceso de formulación.



Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 12	(Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación/Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación)*100	≥ 85%	29	34	85%	SI	Matriz de indicadores del proceso de Protección Específica y de Detección Temprana	A marzo 31 de 2026 se logra un resultado del 85% en la captación de gestantes antes de la semana 12, (29 gestantes que ingresaron antes de la semana 12 de 34 gestantes identificadas), se cumple la meta establecida. Se vienen desarrollando actividades que permiten la captación de gestantes antes de la semana 12 articuladas entre la Enfermera de Protección Específica y Detección Temprana, el laboratorio clínico y las actividades que se vienen desarrollando desde PIC y EBS.
Porcentaje de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en partos atendidos por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	(Número de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita/ número total de partos atendidos)*100	Cero (0)	0	0	0	SI	Matriz de indicadores del proceso de Protección Específica y de Detección Temprana	Durante el primer trimestre de la vigencia 2026 no se han presentado partos en la institución y por ende casos de sífilis congénita.

Programa: Por una mejor salud Individual y Colectiva.

Objetivo estratégico: Prestación de Servicios de salud con calidad, humanizado, centrada en el Usuario y su familia ajustando el modelo de atención.

INDICADORES	FORMULA	META 2026	RESULTADO DE LAS METAS DEL PRIMER TRIMESTRE DE 2026					
			CUMPLIMIENTO DE METAS					
			NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO 1: SI 0: NO	SOPORTE	OBSERVACIONES
Porcentaje de cumplimiento de las actividades planeadas para el fortalecimiento del Servicio Farmacéutico	número de actividades ejecutadas para el fortalecimiento del Servicio Farmacéutico/ número total de actividades planificadas para el fortalecimiento del Servicio Farmacéutico *100)	≥ 80%	15	32	47%	SI	Plan de Trabajo del Servicio Farmacéutico con seguimiento a mayo de 2026, las evidencias se encuentran custodiadas en el archivo de gestión del Servicio Farmacéutico.	A mayo 30 de 2026 se tiene un cumplimiento del plan de trabajo para el Servicio Farmacéutico del 46.9% donde se ejecutaron 15 actividades de 32 programadas. A dicho periodo se cuenta con un buen cumplimiento, la meta propuesta del 80% aplica para toda la vigencia, por lo tanto para los primeros 5 meses se debe tener un avance en cumplimiento del 33.35%. Se requiere presentar el plan y los resultados en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
Porcentaje de gestantes activas con valoración odontológica realizada.	Número de gestantes con valoración odontológica/número de gestantes activas en el programa*100	≥ 80%	52	56	93%	SI	Matriz de indicadores del proceso de Odontología	A marzo 31 de 2026, se obtiene un resultado en la valoración de gestantes por odontología del 93%, se viene logrando la meta establecida para el indicador. Por parte del servicio se vienen desarrollando actividades para fortalecer la captación de las gestantes y poder realizar su valoración odontológica.

Porcentaje de adherencia al diligenciamiento con calidad y pertinencia de las historias clínicas odontológicas	(Número de auditorías con adherencia al diligenciamiento adecuado de historias clínicas/total de auditorías realizadas)*100	≥ 80%	18	20	90%	SI	Informe de auditorías a historias clínicas de Odontología	En el primer trimestre de la vigencia 2026 se presenta un resultado en la auditoría de adherencia a Odontología del 90%, donde 18 historias clínicas de 20 auditadas cumplen con los criterios de adherencia y calidad, logrando así la meta establecida.
Porcentaje de actividades ejecutadas según el plan de fortalecimiento del Servicio de Fisioterapia.	(número de actividades ejecutadas del plan de fortalecimiento del Servicio de Fisioterapia/ número total de actividades planificadas el plan de fortalecimiento del Servicio de Fisioterapia*100)	≥ 90%	No aplica para este trimestre	No aplica para este trimestre	No aplica para este trimestre			La medición del indicador sobre ejecución del plan de trabajo de Fisioterapia no aplica para este trimestre, ya que durante este período se realizó la construcción de dicho plan.
Proporción de cumplimiento del plan de trabajo de la Política de Seguridad del Paciente	Número de actividades ejecutadas del plan de trabajo de la Política de Seguridad del Paciente/Número de actividades programadas del plan de trabajo de la Política de Seguridad del Paciente	≥ 80%	25	93	27%	SI	Plan de trabajo de Seguridad del Paciente con seguimiento	Durante el primer trimestre de la vigencia 2026 se logró un avance del 27% en la ejecución del Plan de Trabajo de Seguridad del Paciente, cumplimiento la meta que aplica para el trimestre que corresponde a un resultado mayor o igual al 20% (meta anual del 80%).
Proporción de servicios inscritos en el REPS que mantienen la habilitación	(Número de servicios inscritos en el REPS que mantienen la habilitación/Total de servicios inscritos en el REPS) *100	100%	23	23	100%	SI	Declaración de autoevaluación de servicios ante el REPS	La entidad cuenta con 23 servicios habilitados ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de acuerdo con la oferta de servicios.

Proporción de ejecución del Plan de Mejoramiento con Enfoque de Acreditación.	(Número de actividades ejecutadas del Plan de Mejoramiento con Enfoque de Acreditación / total de actividades programadas del Plan de Mejoramiento con Enfoque de Acreditación) * 100	≥ 90%	No aplica para este trimestre		No aplica para este trimestre		Manual PAMEC Resolución de conformación del equipo para trabajar el PAMEC Autoevaluación de estándares de acreditación. Matriz de priorización de estándares, procesos y oportunidades de mejora.	A la fecha del presente seguimiento, se encuentra en proceso la implementación de la ruta crítica del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), la cual se encuentra en el paso de priorización de estándares, procesos y oportunidades de mejora, insumos que se requieren para la construcción del Plan de Acción PAMEC y cuya programación es formulada en la ruta crítica PAMEC, la cual se viene cumpliendo. Con base en lo anterior, para el presente seguimiento no aplica la medición de dicha meta.
Porcentaje de procesos con seguimiento y valoración de riesgos	(Número de procesos con seguimiento y valoración de riesgos / Número total de procesos) x 100	≥ 70%	15	16	94%	SI	Mapas de riesgos de los procesos	Durante el primer trimestre de la vigencia 2026 se contó con los mapas de riesgos documentados para los procesos, a los cuales se les realizó seguimiento, se encuentra en proceso de construcción el correspondiente al proceso de planeación.

Nit: 890980727-9

(+57) 604 560 78 10

hospitalgirardota.gov.co

atencionalusuario@hospitalgirardota.com

Carrera 16 # 11- 01 Girardota, Antioquia, Código Postal 051030

Porcentaje de cumplimiento de reuniones del Comité Coordinador de Control Interno.	(Número de reuniones realizadas / total de reuniones programadas) *100	100%	2	4	50%	SI	Actas No. 1 y No. 2 del Comité Coordinado de Control Interno	Durante el primer trimestre se logró la realización de dos (2) actas del Comité Coordinador de Control Interno, se viene logrando el cumplimiento de la meta que corresponde para el primer semestre del año con un avance en el 50%.

LÍNEA 4: GESTIÓN INTEGRAL DEL TALENTO HUMANO Y UN MEJOR CLIMA ORGANIZACIONAL

Programa: Fortalecer la implementación de la política de gestión del talento humano.

Objetivo estratégico: Elevar la gestión del talento humano de la ESE San Rafael de Girardota a un nivel de excelencia, alineado con las mejores prácticas nacionales e internacionales, para lograr una fuerza laboral altamente calificada, motivada y comprometida que contribuya a la sostenibilidad de la institución y la mejora continua de la calidad de los servicios de salud.

INDICADORES	FORMULA	META 2026	RESULTADO DE LAS METAS DEL PRIMER TRIMESTRE DE 2026					
			CUMPLIMIENTO DE METAS					
					RESULTADO	CUMPLIMIENTO 1: SI 0: NO	SOPORTE	OBSERVACIONES
Proporción de cumplimiento del Plan de acción para la política de Gestión Estratégica del Talento Humano	(Número de actividades cumplidas del Plan de acción para la política de Gestión Estratégica del Talento Humano / Total actividades programadas del Plan de acción para la política de Gestión Estratégica del Talento Humano) *100	≥ 70%	21	64	33%	SI	Plan estratégico de Talento Humano con soporte de seguimiento, soportes de ejecución de las actividades custodiado en el archivo de gestión del área de Talento Humano.	Durante el primer trimestre de la vigencia 2026 se obtiene un resultado en la ejecución del Plan Estratégico de Talento Humano del 33% (21 actividades ejecutadas de 64 programadas), se viene logrando el cumplimiento de la meta superando el avance que debe tenerse para este periodo que corresponde a un resultado mayor o igual al 17.5% para el primer trimestre, del 70% que corresponde a la meta anual.

Nit: 890980727-9

(+57) 604 560 78 10

hospitalgirardota.gov.co

atencionalusuario@hospitalgirardota.com

Carrera 16 # 11- 01 Girardota, Antioquia, Código Postal 051030

Porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo para el Código de Integridad.	(Número de actividades cumplidas del plan de trabajo para el Código de Integridad / Total de actividades programadas del plan de trabajo para el Código de Integridad) *100	≥ 70%	1	19	5%	SI	Plan de Trabajo para el Código de Integridad con seguimiento	A marzo de 2026 se obtiene un resultado en la implementación del plan de trabajo para el código de integridad del 5% (1 actividad ejecutada de 19 programadas), la meta para la vigencia corresponde al 70% y se debe contar con un avance para el primer trimestre del 17.5%, no se viene dando cumplimiento a la meta.
Porcentaje de Implementación del plan de trabajo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST)	No de actividades cumplidas en el plan de trabajo del SST/ total de acciones programadas en el plan de trabajo del SGSST	≥ 90%	45	107	42%	SI	Plan de Trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo con seguimiento	En el periodo de enero a marzo de 2026 se logró un avance en la implementación del Plan de Trabajo para Seguridad y Salud en el Trabajo del 42% (45 actividades ejecutadas de 107 programadas), cumpliendo la meta establecida para el primer trimestre que corresponde a un resultado mayor o igual al 22.5%, se viene alcanzando la meta establecida.
Porcentaje de cargos analizados y ajustados	(Número de cargos de planta analizados y ajustados / Total de cargos de planta institucionales) *100	≥ 80%						Durante la vigencia 2025 se realizó el estudio de cargas laboral, se encuentra en proceso la revisión y aplicación de éste de acuerdo con la disponibilidad de recursos. La fecha de cumplimiento no aplica para el primer trimestre.

LÍNEA 5. MODERNIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA Y LA DOTACIÓN LA EXCELENCIA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Programa: Modernización tecnológica y locativa de la ESS San Rafael.

Objetivo estratégico: Mejoramiento de la dotación en tecnología, muebles y enseres de la ESE, Aprovechando el compromiso y respaldo del Estado.

INDICADORES	FORMULA	META 2026	RESULTADO DE LAS METAS DEL PRIMER TRIMESTRE DE 2026					
			CUMPLIMIENTO DE METAS					
					RESULTADO	CUMPLIMIENTO 1: SI 0: NO	SOPORTE	OBSERVACIONES
Proporción de cumplimiento en la adquisición de dotación hospitalario según requisitos del SUH	(Número de equipos adquiridos de acuerdo con los requisitos del SUH/Total de equipos programados para adquirir acuerdo con estándares de SUH x100.	$\geq 60\%$	18	18	100%	SI	Matriz de indicadores del proceso de suministros	Durante el primer trimestre de la vigencia 2026, se logró la adquisición de 18 equipos requeridos para dar cumplimiento al Sistema Único de Habilitación, los cuales fueron programados, logrando así el cumplimiento de la meta establecida.
Porcentaje de implementación del Plan de mantenimiento de la infraestructura hospitalaria	(Número de actividades realizadas/total de actividades programadas) *100	$\geq 70\%$	19	21	90%	SI	Matriz de indicadores del proceso de suministros	En el primer trimestre de la vigencia 2026 se logra un resultado en la ejecución del plan de mantenimiento para la infraestructura del 90%, donde se ejecutaron 19 actividades de 21 programadas para este periodo, logrando el cumplimiento de la meta establecida.
Porcentaje de cumplimiento del plan de acción de la Gestión Integral de Residuos generados en la Atención en Salud	Actividades ejecutadas en el plan de acción para la Gestión Integral de Residuos generados en la Atención de Salud / total de actividades programadas en el plan de acción para la Gestión Integral de Residuos generados en la Atención de Salud)*100	$\leq 90\%$	12	23	52%	SI	Plan de trabajo de Gestión de Residuos con seguimiento	Para el primer trimestre de la vigencia 2026 se obtiene un resultado de avance en la implementación del plan de trabajo para la gestión de residuos hospitalarios del 52%, donde se han ejecutado 12 actividades de 23 programadas para todo el año. Se logra la meta establecida para el indicador para el periodo de seguimiento, que corresponde a un resultado del 22.5%.
Porcentaje de cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos	(Número de actividades realizadas/total de actividades programadas)*100	$\leq 90\%$	144	204	71%	NO	Matriz de indicadores del proceso de suministros	Durante el primer trimestre de la vigencia 2026, se obtiene un resultado de cumplimiento en el plan de mantenimiento preventivo y correctivo del 71%, donde se realizó mantenimiento a 144 equipos de 204 programados, no se viene logrando el cumplimiento de la meta establecida.

Nit: 890980727-9

(+57) 604 560 78 10

hospitalgirardota.gov.co

atencionalusuario@hospitalgirardota.com

Carrera 16 # 11- 01 Girardota, Antioquia, Código Postal 051030

CONCLUSIONES:

En el primer trimestre de la vigencia 2026 se observa avance en la implementación de acciones y cumplimiento de metas formuladas para la vigencia, lideradas desde las diferentes dependencias.

RECOMENDACIONES:

- Socializar los resultados a los líderes de proceso en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para ajustar acciones que permitan mejorar y continuar con el cumplimiento a las metas formuladas.
- Realizar el reporte del seguimiento al Plan de Acción a los entes de vigilancia y control que lo requieran.
- Revisar las metas que no han logrado su avance en implementación o cumplimiento y definir acciones que permitan el mejoramiento de éstas.
- Presentar ante la Junta Directiva los resultados del plan de acción para el conocimiento del nivel directivo.

Atentamente,



ADRIANA MARÍA PÉREZ ZULETA
Asesor de Control Interno

