



# Red de Salud del Centro E.S.E.

**“Por una salud más cercana, con excelencia y amor”**

Santiago de Cali D.E., 27 de enero de 2.026

Doctores

**GERMAN ESCOBAR MORALES**

Secretario de Salud.  
Secretaria de Salud de Cali.

**ALEXANDER DURAN PEÑAFIEL**

Presidente Junta Directiva.  
Red de Salud del Centro E.S.E.

**Asunto:** Informe evaluación del Plan Operativo Anual - POA 2025.

Respetados doctores:

Deseándoles éxitos en sus gestiones diarias, por medio del presente nos dirigimos a ustedes con el fin de hacer entrega del informe de evaluación del POA del año 2025, dando cumplimiento a lo requerido.

**Natali Mosquera Narváez.**  
RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.  
Gerente

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B/ Villa Colombia. Cali - Valle- PBX: (+57 602) 3120930  
E-mail: atencionalusuario@saludcentro.gov.co - evaluacionymejora@saludcentro.gov.co - gerencia@saludcentro.gov.co

# INFORME DE EVALUACIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL CONSOLIDADO ANUAL 2025

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B/ Villa Colombia. Cali - Valle- PBX: (+57 602) 3120930  
E-mail: [atencionalusuario@saludcentro.gov.co](mailto:atencionalusuario@saludcentro.gov.co) - [evaluacionymejora@saludcentro.gov.co](mailto:evaluacionymejora@saludcentro.gov.co) - [gerencia@saludcentro.gov.co](mailto:gerencia@saludcentro.gov.co)

**PRESENTADO A:**

**JUNTA DIRECTIVA**

**SANTIAGO DE CALI. 27 ENERO DE 2026.**

**EQUIPO PROFESIONAL DE APOYO PARA LA GESTIÓN.**

**SUBGERENTE CIENTÍFICO**

Profesional Universitario Especializado en Salud. Jhon Faber Ramírez Gracia

**SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**

Profesional Universitario Especializado. Ángela María Calero Manco

**SUBGERENTE DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD**

Profesional Especializado en Salud. Jennifer Santa Yepes

**ASESOR DE PLANEACION Y CALIDAD**

Profesional Especializado en Salud. Nancy Johanna Deaza Hernández

**CONTADOR**

Profesional Universitario. Dalila Muñoz Ruiz.

**JEFE DE CONTROL INTERNO**

Profesional Especializado. Gloria Riascos Riascos.

**REVISOR FISCAL**

Empresa Consultora SALAMANCA & ASOCIADOS

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B/ Villa Colombia. Cali - Valle- PBX: (+57 602) 3120930  
E-mail: atencionalusuario@saludcentro.gov.co - evaluacionymejora@saludcentro.gov.co - gerencia@saludcentro.gov.co

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. OBJETIVOS</b> .....	8
<b>1.1 Objetivo General.</b> .....	8
<b>1.2 Objetivo Específico.</b> .....	8
<b>CONTEXTO GENERAL</b> .....	9
<b>RESULTADOS DE SEGUIMIENTO POR EJE ESTRATÉGICO</b> .....	10
<b>EJE N° 1: ATENCIÓN DE CALIDAD.</b> .....	10
✓ Razón de Mortalidad Materna - RMM.....	10
✓ Tasa de Mortalidad Perinatal – TMP .....	11
✓ Porcentaje de niños nacidos con bajo peso al nacer.....	11
✓ Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH de hijos de madres viviendo con diagnóstico de VIH. ....	12
✓ Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. ....	12
✓ Cobertura de niños vacunados menores de un año. ....	13
✓ Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años. ....	14
✓ Oportunidad de diagnóstico de cáncer de cuello uterino. ....	14
✓ Lograr coberturas de tamizaje para cáncer de cuello uterino $\geq 60\%$ en mujeres de 25 a 69 años.....	15
✓ Mantener en cero el porcentaje de letalidad por dengue. ....	15
✓ Tasa de incidencia de lepra o enfermedad de Hansen.....	16
✓ Tasa de mortalidad por TB.....	17
✓ Tasa de mortalidad por suicidio.....	17
✓ Porcentaje de pacientes con diabetes controlado (HB glicosilada $< 7\%$ )....	18
✓ Porcentaje de captación de pacientes con hipertensión. ....	18
✓ Porcentaje de pacientes que ingresan a la ESE por violencias sexuales basada en género y violencia intrafamiliar intervenidos por el equipo psico-social. 19	19
<b>EJE N° 2: SOSTENIBILIDAD.</b> .....	19
✓ Superávit o déficit fiscal.....	19
✓ Índice de liquidez $\geq 1$ .....	20
✓ Porcentaje de radicación de cuentas de prestaciones realizadas por evento 21	21
✓ Porcentaje de glosa de servicios prestados bajo la modalidad evento .....	21
✓ Porcentaje de variación de ingresos por ventas por evento. ....	22
<b>EJE N° 3: INOVACIÓN Y CONOCIMIENTO.</b> .....	22
✓ Porcentaje de cobertura del plan de bienestar social e incentivos.....	22
✓ Número de desarrollos tecnológicos inhouse de aplicaciones tercerizados. 23	23

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B/ Villa Colombia. Cali - Valle- PBX: (+57 602) 3120930  
E-mail: atencionalusuario@saludcentro.gov.co - evaluacionymejora@saludcentro.gov.co - gerencia@saludcentro.gov.co

✓	Número de desarrollos tecnológicos para la automatización de procesos administrativos. ....	24
✓	Proyectos de investigación ejecutados por medio de convenios docente asistencial. ....	24
✓	Porcentaje de cumplimiento del plan para la gestión del conocimiento y la innovación de la vigencia. ....	25
<b>EJE N° 4: PARTICIPACIÓN SOCIAL.....</b>		<b>25</b>
✓	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de participación social y comunitaria. ....	25
✓	Proporción de satisfacción global de los usuarios de la ESE - General.....	26
<b>EJE N° 5: GESTION DE EXCELENCIA .....</b>		<b>27</b>
✓	Número de IPS intervenidas en infraestructura en el periodo evaluado. ....	27
✓	Resultado cuantitativo de la evaluación externa de acreditación.....	27
✓	Sistema de gestión Ambiental implementado.....	28
✓	Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo implementado. ....	28
✓	Cumplimiento $\geq 90\%$ del plan anual de humanización.....	29
✓	Cumplimiento $\geq 90\%$ del plan de trabajo para la implementación de las estrategias para la no discriminación. ....	30

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de los ejes estratégicos, número de indicadores y actividades por eje estratégico. ....	9
Tabla 2. Razón de Mortalidad Materna - RMM.....	10
Tabla 3. Tasa de Mortalidad Perinatal – TMP. ....	11
Tabla 4. Porcentaje de niños nacidos con bajo peso al nacer. ....	12
Tabla 5. Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH de hijos de madres viviendo con diagnóstico de VIH. ....	12
Tabla 6. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. ....	13
Tabla 7. Cobertura de niños vacunados menores de un año. ....	13
Tabla 8. Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años. ....	14
Tabla 9. Oportunidad de diagnóstico de cáncer de cuello uterino.....	15
Tabla 10. Lograr coberturas de tamizaje para cáncer de cuello uterino $\geq 60\%$ en mujeres de 25 a 69 años.....	15
Tabla 11. Porcentaje de letalidad por dengue.....	16
Tabla 12. Tasa de incidencia de lepra o enfermedad de Hansen. ....	16
Tabla 13. Tasa de mortalidad por TB. ....	17
Tabla 14. Tasa de mortalidad por suicidio.....	17
Tabla 15. Porcentaje de pacientes con diabetes controlado (HB glicosilada $< 7\%$ ).....	18
Tabla 16 de captación de pacientes con hipertensión.....	18
Tabla 17. Porcentaje de pacientes que ingresan a la ESE por violencias sexuales basada en género y violencia intrafamiliar intervenidos por el equipo psico-social.....	19
Tabla 18. Superávit o Déficit Fiscal. ....	20
Tabla 19. Índice de liquidez.....	20
Tabla 20. Porcentaje de radicación de cuentas de prestaciones realizadas por evento. ....	21
Tabla 21. . Porcentaje de glosas de servicios prestados bajo modalidad de evento.....	22
Tabla 22. Porcentaje de variación de ingresos por ventas por evento. ....	22
Tabla 23. Cobertura del plan de bienestar social e incentivos. ....	23
Tabla 24. Número de desarrollos tecnológicos inhouse de aplicaciones tercerizados.....	23
Tabla 25. Número de desarrollos tecnológicos para la automatización de procesos administrativos.....	24
Tabla 26. Número de proyectos de investigación ejecutados por medio de convenio docente asistencial.....	24
Tabla 27. Porcentaje de cumplimiento del plan para la gestión del conocimiento y la innovación de la vigencia.....	25
Tabla 28. Porcentaje de cumplimiento del cronograma de participación social y comunitaria.....	26
Tabla 29. Proporción de satisfacción global de los usuarios de la ESE – General. ....	26

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B/ Villa Colombia. Cali - Valle- PBX: (+57 602) 3120930  
E-mail: atencionalusuario@saludcentro.gov.co - evaluacionymejora@saludcentro.gov.co - gerencia@saludcentro.gov.co

Tabla 30. Número de IPS intervenidas en infraestructura en el periodo evaluado.....	27
Tabla 31. Resultado cuantitativo de la evaluación externa de acreditación. ....	27
Tabla 32. Sistema de gestión implementado.....	28
Tabla 33. Sistema de gestión implementado.....	29
Tabla 34. Cumplimiento $\geq 90\%$ del plan anual de humanización. ....	29
Tabla 35. Cumplir el $\geq 90\%$ el plan de trabajo para la implementación de estrategias que lleven a la eliminación de cualquier forma de discriminación..	30

## 1. OBJETIVOS

### 1.1 Objetivo General.

Realizar y socializar el seguimiento, monitoreo del Plan Operativo Anual Consolidado del año 2025 de la Red de Salud del centro E.S.E.

### 1.2 Objetivo Específico.

Monitorear y evaluar los indicadores establecidos en el Plan Operativo Anual para la vigencia del año 2025 de la Red de Salud del Centro E.S.E.

## CONTEXTO GENERAL

La Red de Salud del Centro E.S.E, tiene como finalidad presentar los avances alcanzados en la ejecución del Plan Operativo Anual - POA durante la vigencia del año 2025, “Por una salud más cercana con excelencia y amor” el cual fue aprobado mediante acuerdo de junta directiva N° 1.02.095.2024 del 30 de enero de 2025; a partir de esa fecha, la entidad ha trabajado en pro del cumplimiento de lo establecido en los cinco ejes estratégicos definidos en el Plan de Desarrollo 2024 -2027.

1. Atención de calidad
2. Sostenibilidad financiera
3. Innovación y conocimiento
4. Participación social
5. Gestión de la excelencia.

El plan operativo anual se armoniza con los objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo Distrital, las metas definidas en el Plan Territorial de Salud (PTS) y las prioridades institucionales para el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud con eficacia, eficiencia y calidad.

Tabla 1. Descripción de los ejes estratégicos, número de indicadores y actividades por eje estratégico.

N°	EJES ESTREGICOS	INDICADORES	ACTIVIDADES
EJE 1.	ATENCIÓN DE CALIDAD	16	15
EJE 2.	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	5	5
EJE 3.	INNOVACIÓN Y CONOCIMIENTO	5	5
EJE 4.	PARTICIPACIÓN SOCIAL	2	2
EJE 5.	GESTIÓN DE LA EXCELENCIA	7	8
TOTAL		35	35

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E. Plan Operativo Anual - Acuerdo N° 1.02.095.2024 del 30 de enero de 2025.

## RESULTADOS DE SEGUIMIENTO POR EJE ESTRATÉGICO

### EJE N° 1: ATENCIÓN DE CALIDAD.

**OBJETIVO ESTRATÉGICO:** Fortalecer la calidad y seguridad de la atención en los servicios asistenciales, mediante la implementación de un modelo de atención integral centrado en el paciente y su familia, que mejore las condiciones de salud y bienestar de la comunidad.

Análisis del Indicador.

#### ✓ Razón de Mortalidad Materna - RMM.

El objetivo del indicador es mantener en cero la mortalidad materna evitable, La Red de Salud del Centro E.S.E. Durante la vigencia del año 2025 no registra casos de mortalidad materna, cumpliendo en un 100%. Por consiguiente, la acciones y/o actividades planteadas en el POA, se prolongan en lo relacionado con las captaciones tempranas, cualificaciones y acompañamiento técnico in situ al talento humano, en los temas relacionados con la captación temprana, diligenciamiento adecuado de la historia clínica, calidad, concordancia e integralidad del dato lo que ha permitido mejor identificación y clasificación del riesgo de la mujer gestante y el binomio madre e hijo, entre otros temas de interés en salud pública.

A nivel interinstitucional se armonizan acciones con los Equipos Básicos en Salud - EBS; esto con el fin de propender mitigar y reducir las barreras de acceso y accesibilidad en la prestación de los servicios de salud. Como valor agregado la institución trabaja de manera permanente en lo concerniente a la gestión clínica y cuenta con el apoyo plan padrino lo que nos ha brindado herramientas para la cualificación del talento humano.

Tabla 2. Razón de Mortalidad Materna - RMM.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Atención de Calidad	Mantener en cero la mortalidad materna evitable	Número de muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio (42 días después del parto) por cualquier causa relacionada o agravada por el manejo, pero no por causas accidentales: 0 Nacidos vivos: 42. Cálculo indicador: $(0/42) * 100.000$ Resultado: 0	0	100%

Fuente: Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 53. Año 2025.

✓ **Tasa de Mortalidad Perinatal – TMP**

El objetivo del indicador es reducir a 12 o menos la mortalidad perinatal evitable de partos atendidos en la Institución. Durante la vigencia del año 2025, se registró 1 caso de mortalidad perinatal, lo que registra un incumplimiento a las metas para el Distrito de Santiago de Cali.

Sin embargo, al ser un indicador clave en la salud materna y neonatal, las muertes perinatales es la interacción de múltiples factores presentes en la gestación, una de las situaciones más álgidas al interior de las comunas adscritas a la Red de Salud del Centro ESE, es lo concerniente a las condiciones socioeconómicas, culturales, educación, contextos familiares o legales de la madre entre otros aspectos que se logran identificar durante la prestación de los servicios de salud.

En lo relacionado a las acciones para la reducción de las muertes perinatales desde las 22 semanas de gestación hasta los 7 días de vida, se continúan fortaleciendo los procesos de consulta de preconcepción, derechos sexuales y derechos reproductivos, identificación del riesgo en salud, captación temprana, asesoría en regulación de la fecundidad acorde a los criterios de elegibilidad entre otros temas los cuales brinda al talento humano herramientas para una atención integral e integrada del binomio madre e hijo.

Tabla 3. Tasa de Mortalidad Perinatal – TMP.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Atención de Calidad	Reducir a 12 o menos la mortalidad perinatal evitable de partos atendidos en la ESE.	Número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento de usuarios atendidos en la sala de partos en la ESE: 1 Nacidos vivos más el número de muertes fetales: 43. Cálculo indicador: $(1/43) * 1.000$ Resultado: 23.25%	≤12	23,25%

Fuente: Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 53. Año 2025.

✓ **Porcentaje de niños nacidos con bajo peso al nacer.**

El objetivo del indicador es disminuir a 3,4% la proporción de niños nacidos a término con bajo peso al nacer atendidos en la ESE. Lo que representa un cumplimiento del 100%.

En lo relacionado con el Evento de Interés en Salud Pública - EISP - Bajo peso al Nacer (BPN), se resalta que para la vigencia del año 2025 la Red de Salud del Centro E.S.E, no registra Bajos pesos al nacer para la vigencia del año 2025; para lo cual ha realizado acciones como es la caracterización, identificación del riesgo y clasificación del mismo desde la prestación de los servicios en salud, permitiendo un abordaje oportuno e intervenciones específicas a la necesidad de los usuarios, sin embargo, este indicador se relaciona con situaciones multicausales – Determinantes sociales

como es las condiciones socioeconómicas, educación, edad, entre otros contextos territoriales y entornos los cuales pueden afectar los resultados en salud. Con el fin de mitigar el evento en años prospectivos, la E.S.E. se encuentra en el fortalecimiento técnico e institucional para la mejora continua de la prestación de los servicios desde un enfoque integral, con calidad, eficacia y eficiencia.

Tabla 4. Porcentaje de niños nacidos con bajo peso al nacer.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Atención de Calidad	Disminuir a 3,4% la proporción de niños nacidos a término con bajo peso al nacer atendidos en la ESE.	Nacidos vivos con peso menor a 2500 gramos: 0 Nacidos vivos: 42 Cálculo indicador: $(0/42) * 100$ Resultado: 0%	$\leq 3,7\%$	100%

Fuente: Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 53. Año 2025.

✓ **Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH de hijos de madres viviendo con diagnóstico de VIH.**

El objetivo del indicador es Mantener en cero el porcentaje de transmisión materno infantil prevenible de VIH, en niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madres viviendo con diagnóstico de VIH asignadas a la ESE.

Durante la vigencia del año 2025 la Red de Salud del Centro E.S.E se ha mantenido en cero el porcentaje de transmisión materno-infantil de VIH en hijos de madres con diagnóstico confirmado. Esto ha sido posible gracias a la detección oportuna y el seguimiento integral del binomio madre-hijo. Se continúa fortaleciendo la captación temprana y la adherencia al tratamiento para mantener este resultado.

Tabla 5. Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH de hijos de madres viviendo con diagnóstico de VIH.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Atención de Calidad	Mantener en cero el porcentaje de transmisión materno infantil prevenible de VIH, en niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madres viviendo con diagnóstico de VIH asignadas a la ESE	Número de niños menores 18 meses con diagnóstico de VIH/SIDA hijos de madres con VIH/SIDA: 0 Número de niños menores de 18 meses hijos de madres con VIH/SIDA: 0 Cálculo indicador: $(0/0) * 100$ . Resultado: 0%	0	100%

Fuente: Base de Datos. Plataforma SIVIGILA – Semana Epidemiológica N° 53. Año 2025.

✓ **Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.**

El objetivo del indicador es Mantener en cero la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Durante la vigencia del año 2025, no se han registrado muertes por desnutrición en menores de 5 años en la ESE Centro. Lo que representa un cumplimiento del 100%.

Estos resultados se encuentran relacionados al fortalecimiento, clasificación, identificación y mitigación de los factores de riesgos asociados a este evento de Interés en Salud Pública -EISP. Por otra parte, otra de las acciones que se han fortalecido son las acciones intersectoriales, transectoriales e interinstitucionales entre servicios y programas de apoyo alimentario, permitiendo intervenciones tempranas. Además, se han promovido acciones educativas con cuidadores y capacitación al personal en el manejo de la desnutrición. Estas estrategias han contribuido a mejorar la identificación del riesgo en salud nutricional infantil.

Tabla 6. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Atención de Calidad	Mantener en cero la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	Número de muertes por desnutrición en menores de 5 años atendidos en la ESE: 0 Total, de población menor de 5 años asignada: 4.968 Cálculo indicador: $(0/4.968) * 100.000$ Resultado: 0%	0	100%

Fuente: Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 53. Año 2025.

✓ **Cobertura de niños vacunados menores de un año.**

El objetivo del indicador es alcanzar coberturas anuales del 95% en la aplicación de biológicos del esquema nacional gratuito a niños menores de un año, garantizando el cumplimiento de las metas establecidas por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Durante la vigencia del año 2025, la Red de Salud del Centro E.S.E. ha mantenido la implementación de estrategias orientadas al logro del 95% de cobertura, priorizando la búsqueda activa de menores no vacunados y la ejecución de jornadas extramurales en zonas de difícil acceso (barreras invisibles). Se ha realizado seguimiento sistemático a esquemas incompletos y se ha fortalecido el registro nominal en articulación con el PAI, optimizando la trazabilidad de la población objetivo.

Estas acciones han permitido mejorar las coberturas de vacunación, prevenir la aparición de brotes y disminuir los rezagos, contribuyendo de manera significativa a la reducción de la morbimortalidad infantil. Asimismo, se ha fortalecido la competencia técnica del talento humano en vacunación mediante procesos de capacitación continua, con el propósito de garantizar la calidad, seguridad y oportunidad en la prestación del servicio.

Tabla 7. Cobertura de niños vacunados menores de un año.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
-------------------	--------------------------------	------------------------------	---------------------	--------------

Atención de Calidad	Lograr coberturas anuales de vacunación del 95% en biológicos del esquema nacional gratuito en niños menores de 1 año.	Número total de menores hasta de 1 año con esquema de vacunación completo: 982 Número total de menores hasta de 1 año asignados a la ESE: 840 Cálculo indicador: $(982/840) * 100$ . Resultado: 116.9%	$\geq 95\%$	100%
---------------------	--	---	-------------	------

Fuente: Servinte medical suite, DM&R (SRP 1) Red de Salud del Centro E.S.E. Plan Operativo Anual 2.025.

✓ **Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años.**

El objetivo del indicador es disminuir a 30 o menos la tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años. El embarazo en los y las jóvenes es una situación multicausal no solo relacionado con la salud pública, se correlacionan con otras situaciones como son las sociales, económicas, culturales y educación entre otras, lo cual impacta de manera significativa en el sentido de vida de los jóvenes adscrita a la Red de Salud del Centro E.S.E.

En la vigencia del año 2025, la ESE Centro registra una tasa de 6.60%; cifras que se han venido registrando en los últimos tres años, evidenciando una reducción. Sin embargo, se continúa presentado este evento en la población adolescente y joven de la Red Centro. En ese orden de ideas se amplían las estrategias de promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos, incluyendo jornadas informativas, consejerías y de comunicación sobre regulación de la fecundidad con énfasis en la doble protección, y fortalecimiento de la estrategia de servicios amigables.

Se propende por reducir las barreras de acceso a métodos de regulación de la fecundidad, otra de las estrategias planteadas es continuar cualificando, al talento humano sobre el abordaje en temas relacionados con la salud sexual salud reproductiva con enfoque diferencial.

Tabla 8. Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Atención de Calidad	Disminuir a 30 o menos la tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años	Total, de adolescentes gestantes de 15 a 19 años de población colombiana: 108 Total, de población de mujeres adolescentes entre 15 a 19 años de población colombiana asignada a la ESE: 16.272 Cálculo indicador: $(108/16.272) * 1000$ Resultado: 6.63	$\leq 39$	100%

Fuente: Base de datos nominal – Materno-perinatal. Plataforma ALMERA. Año 2025

✓ **Oportunidad de diagnóstico de cáncer de cuello uterino.**

El objetivo del indicador es lograr una oportunidad  $\leq 30$  días para el diagnóstico de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 69 años, la Red de salud del Centro E.S.E. Durante la vigencia del año 2025, el tiempo promedio entre la toma de citología

o prueba de tamizaje y el diagnóstico confirmado de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 65 años fue de 12 días, evidenciando un cumplimiento del 100%.

Tabla 9. Oportunidad de diagnóstico de cáncer de cuello uterino.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Atención de Calidad	Lograr una oportunidad $\leq 30$ días para el diagnóstico de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 69 años	Sumatoria de los días transcurridos entre la entrega del resultado de tamizaje de cuello uterino y la realización de la colposcopia en mujeres de 25 a 69 años: 1,529 Total, mujeres con tamizajes anormales de 25 a 69 años: 125 Cálculo indicador: $(1,529 / 125)$ Resultado: 12 días	$\leq 31$ días	100%

Fuente: Programa Por ti Mujer – Base de datos Plataforma ALMERA. Año 2025

✓ **Lograr coberturas de tamizaje para cáncer de cuello uterino  $\geq 60\%$  en mujeres de 25 a 69 años**

El objetivo del indicador es lograr coberturas de tamizaje para cáncer de cuello uterino  $\geq 60\%$  en mujeres de 25 a 69 años. Durante el año 2025, la ESE Centro alcanzó un 34% de cobertura en tamizaje para cáncer de cuello uterino, evidenciando un cumplimiento del indicador del 68%

Con fin de continuar con el objetivo se están diseñando planes de trabajo que incluyen: intensificación de jornadas extramurales en sectores priorizados, fortalecimiento de la educación comunitaria sobre la importancia del tamizaje, agendamiento telefónico proactivo, y articulación con líderes comunitarios y redes de apoyo para aumentar la participación ciudadana de la población objeto, por otra parte, Subsecuentemente se realiza la caracterización y seguimiento permanente de la Data.

Tabla 10. Lograr coberturas de tamizaje para cáncer de cuello uterino  $\geq 60\%$  en mujeres de 25 a 69 años

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Atención de Calidad	Lograr coberturas de tamizaje para cáncer de cuello uterino $\geq 60\%$ en mujeres de 25 a 69 años	Número de mujeres de 25 a 69 años tamizadas para cáncer de cuello uterino: 2259 Número de mujeres de 25 a 69 años asignadas a la ESE: 6566 *100 Cálculo indicador: $(2259/6566) * 100$ Resultado: 34.40 %	$\geq 50\%$	68%

Fuente: Programa Por ti Mujer – Base de datos Plataforma ALMERA. Año 2025

✓ **Mantener en cero el porcentaje de letalidad por dengue.**

Este indicador tiene como objetivo, mantener en cero el porcentaje de letalidad por dengue. Durante la vigencia del año 2025, la ESE Centro reportó cero casos (0) de

letalidad por dengue, evidenciando un cumplimiento del 100% del indicador. Este resultado en salud se encuentra atribuido al fortalecimiento de la atención oportuna, eficaz, eficiente y seguimiento a los protocolos clínicos adecuado a los pacientes diagnosticados oportunamente.

Otra de las acciones evidencias es la efectividad de las estrategias implementadas, entre las que se destacan la vigilancia estrecha de casos, realización de exámenes de seguimiento según lineamientos y protocolos clínicos; es importante destacar el acompañamiento técnico e institucional de la Secretaría de Salud Distrital.

Tabla 11. Porcentaje de letalidad por dengue.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Atención de Calidad	Porcentaje de letalidad por dengue	Número de muertes por dengue y dengue grave en pacientes atendidos en la ESE: 0 Número total de casos de dengue y dengue grave notificados: 122 Cálculo indicador: $(0/122) * 100$ Resultado: 0%	0	100%

Fuente: Base de datos Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 53. Año 2025.

✓ **Tasa de incidencia de lepra o enfermedad de Hansen**

Este indicador tiene como objetivo, disminuir a  $\leq 0,035$  la tasa de incidencia de lepra o enfermedad de Hansen, Durante la vigencia del año 2025 la Red de Salud del Centro ha reportado 1 caso nuevo de Hansen – Lepra en las comunas de influencia, dando cumplimiento a lo establecido tasa de incidencia en 0,0043.

Sin embargo, con el fin de prevenir progresión de la enfermedad como de igual forma mitigar futuros riesgos de la población se continúa con el seguimiento clínico de pacientes ya diagnosticados. Aunque la incidencia es baja, se mantiene la vigilancia activa y la preparación para una respuesta oportuna.

Tabla 12. Tasa de incidencia de lepra o enfermedad de Hansen.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Atención de Calidad	Tasa de incidencia de lepra o enfermedad de Hansen	Número de casos nuevos de Hansen (lepra) en las comunas del área de influencia de la red de Salud del Centro E.S.E: 1 Población total en Cali: 2.294.653 Cálculo indicador: $(1/2.294.653) * 10.000$ Resultado: 0,0043	$\leq 0,035$	100%

Fuente: Base de datos Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 53. Año 2025.

✓ **Tasa de mortalidad por TB**

Este indicador tiene como objetivo, mantener en cero la tasa de mortalidad por tuberculosis. Durante la vigencia del año 2025, no se registraron muertes por tuberculosis, la Red de salud del centro da cumplimiento al 100%.

El programa sigue propendiendo por brindar una atención integral, el cual como objetivo fundamental está centrado en el diagnóstico oportuno, tratamiento supervisado y seguimiento estricto, subsecuentemente se continúa con la búsqueda activa y la vigilancia permanente a la población adscrita a la red.

Tabla 13. Tasa de mortalidad por TB.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Atención de Calidad	Tasa de mortalidad por TB	Número de muertes por TB de población asignada a la ESE Centro: 0 Población de Cali 2.294.653 Cálculo indicador: (0/ 2.294.653) *100000 Resultado: 0	0	100%

Fuente: Base de Datos Aplicativo RUAf- Defunciones. Año 2025

✓ **Tasa de mortalidad por suicidio.**

Este indicador tiene como objetivo, mantener o disminuir la tasa de mortalidad por suicidio en 0. Durante la vigencia del año 2025 no se registraron muertes por suicidio, dando cumplimiento al 100%.

El Programa de Salud Mental de la Red de Salud del Centro E.S.E. ha brindado una respuesta oportuna y eficiente ante los casos de intento de suicidio, logrando con ello evitar desenlaces fatales y garantizar la atención integral de las personas en riesgo.

Tabla 14. Tasa de mortalidad por suicidio.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Atención de Calidad	Tasa de mortalidad por suicidio.	Número de casos de fallecimientos de suicidio registrados en la población asignada a la ESE: 0 Población asignada a la ESE: 141.212 Cálculo indicador: (0/ 141.212) *100000 habitantes Resultado: 0%	≤0.93	100%

Fuente: Base de datos Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 53. Año 2025.

✓ **Porcentaje de pacientes con diabetes controlado (HB glicosilada <7%).**

Para el presente indicador, se establece como meta de cumplimiento que más del 50 % de las personas con diagnóstico de diabetes se encuentren con control glicémico adecuado. Durante la vigencia 2025, se evidenció un incremento en la proporción de pacientes diabéticos con control metabólico, alcanzando un nivel de cumplimiento del 49,27 %.

Este resultado refleja un avance significativo frente a periodos anteriores y se encuentra directamente asociado a la implementación de estrategias institucionales orientadas al fortalecimiento del seguimiento clínico individualizado, la realización oportuna de ajustes terapéuticos y el desarrollo de procesos continuos de educación al paciente. No obstante, el resultado obtenido indica la necesidad de consolidar y profundizar dichas acciones con el fin de alcanzar y superar la meta establecida.

Tabla 15. Porcentaje de pacientes con diabetes controlado (HB glicosilada <7%).

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Atención de Calidad	Aumentar al menos a un 70% las personas con diabetes controladas.	Número de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus con hemoglobina Glicosilada menor a 7% en los últimos 6 meses: 1,152. Número total de pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus a quienes les tomaron Hb1c en los últimos 6 meses: 2,338 Cálculo indicador: $(1152/2338 * 100 = 49.27\%$	≥62%	49,27%

Fuente: Programa cardiovascular. Bases nominales- ALMERA. Año 2025

✓ **Porcentaje de captación de pacientes con hipertensión.**

Este indicador tiene como objetivo, Mantener ≥70% las personas con hipertensión arterial captada. Durante la vigencia del año 2025 se ha evidenciado un avance en la captación de pacientes con hipertensión arterial, dando un cumplimiento del 74,7%

La Red desde su abordaje en la Ruta Integral de Cardio Cerebro Vascular -CCV, propende por implementar estrategias de detección activa, tamizajes en consulta de medicina general y familiar, permitiendo una atención integral con enfoque diferencial con el fin de identificar y mitigar los riesgos prospectivos en la población adscrita a la red.

Tabla 16 Porcentaje de captación de pacientes con hipertensión.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Atención de Calidad	Mantener ≥70% las personas con hipertensión arterial captadas	Número de pacientes hipertensos inscritos al programa de riesgo cardiovascular:16.831 Población hipertensa proyectada asignada a la ESE Centro: 22.572 Cálculo indicador: $(16.831 / 22.572)$	≥70%	74,57 %

		= *100	
		Resultado: 74.57%	

Fuente: Base nominal Programa Cardio Cerebro Vascular – ALMERA Año 2025

✓ **Porcentaje de pacientes que ingresan a la ESE por violencias sexuales basada en género y violencia intrafamiliar intervenidos por el equipo psico-social.**

Este indicador tiene como objetivo, garantizar la atención de  $\geq 90\%$  de los casos que ingresan a la Red de salud del centro ESE por violencias sexuales basada en género y violencia intrafamiliar son intervenidos por el equipo psico-social. Durante la vigencia del año 2025, se logra el 100% de la intervención de los pacientes que ingresaron por violencia sexual e intrafamiliar a la Red de salud del centro ESE.

Por otra parte, se activaron oportunamente las rutas institucionales e Intersectoriales de atención, brindando acompañamiento inicial y seguimiento a la evolución de cada caso. Se continúa fortaleciendo la armonización intersectorial, interinstitucional y las acciones de sensibilización para mantener una cobertura del 100%.

Tabla 17. Porcentaje de pacientes que ingresan a la ESE por violencias sexuales basada en género y violencia intrafamiliar intervenidos por el equipo psico-social.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Atención de Calidad	Garantizar la atención de $\geq 90\%$ de los casos que ingresan a la ESE por violencias sexuales basada en género y violencia intrafamiliar son intervenidos por el equipo psico-social.	Número de pacientes que ingresan a la ESE por violencias sexuales basada en género y violencia intrafamiliar intervenidos por el equipo psico-social: 478 Número de pacientes que ingresan a la ESE por violencias sexuales basada en género y violencia intrafamiliar: 478 Cálculo indicador: $(478/478) * 100000$ Resultado: 100%	$\geq 90\%$	100%

Fuente: Base de datos. Plataforma Sivigila, semana epidemiológica 53. Año 2025

**EJE N° 2: SOSTENIBILIDAD.**

**OBJETIVO ESTRATÉGICO:** Trabajar por la sostenibilidad y competitividad organizacional, mediante la optimización de los procesos, diversificación de fuentes de ingresos y la prestación de servicios de salud con calidad y excelencia.

**Análisis del Indicador**

✓ **Superávit o déficit fiscal.**

Este indicador tiene como objetivo mantener un superávit o déficit fiscal  $\geq 1$ , en la Red de salud del Centro E.S.E.

Durante la vigencia del año 2025, el indicador de superávit o déficit fiscal presentó un resultado de 1,42 mayor a la meta, lo que indica que los reconocimientos están cubriendo los compromisos de la ESE para la vigencia del año 2025.

Tabla 18. Superávit o Déficit Fiscal.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Sostenibilidad	Mantener un superávit o déficit fiscal $\geq 1$	Superávit o déficit fiscal Cálculo indicador: Reconocimiento \$ <b>125.228.645.913</b> Compromisos \$ = <b>88.139.438.883</b>	$\geq 1$	1,42

Fuente: Plataforma SERVINTE – Modulo de presupuesto. Año 2025

✓ **Índice de liquidez  $\geq 1$**

Este indicador tiene como objetivo mantener un índice de liquidez  $\geq 1$ .

Durante la vigencia del año 2025, el indicador de liquidez registró un resultado de 5,19 superando ampliamente la meta establecida ( $\geq 1$ ). Este comportamiento evidencia la capacidad de la E.S.E. para atender oportunamente sus obligaciones de corto plazo mediante el activo corriente disponible.

No obstante, es importante precisar que este resultado corresponde a un valor provisional, el cual se encuentra influenciado por la provisión de la nómina y de los diferentes impuestos. Adicionalmente, se debe señalar que las cuentas por pagar al corte del 31 de diciembre quedaron debidamente saldadas y que aún se encuentra pendiente la provisión correspondiente a los litigios en curso, según el reporte por emitir por parte del área jurídica.

En este contexto, el indicador de liquidez se sitúa en 5,19, lo que significa que, por cada peso adeudado, la E.S.E. dispone de 5,19 pesos para respaldar sus obligaciones corrientes. Aun considerando este escenario, se mantiene el cumplimiento de la meta establecida, reflejando una posición financiera sólida y una gestión eficiente de los recursos, orientada a garantizar la cobertura adecuada de las obligaciones a corto plazo.

Tabla 19. Índice de liquidez

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Sostenibilidad	Mantener un índice de liquidez $\geq 1$	Índice de liquidez Cálculo indicador: Activo corriente / 44.143.124.710 pasivo corriente 8.507.855.645	$\geq 1$	5,19

Fuente: Plataforma SERVINTE – Modulo informe DM&R. Año 2025

✓ **Porcentaje de radicación de cuentas de prestaciones realizadas por evento**

Este indicador tiene como objetivo mantener una radicación de facturas por evento  $\geq 90\%$ .

Durante la vigencia del año 2025, el indicador de porcentaje de radicación de cuentas por evento alcanzó un resultado del 94%, por encima de la meta establecida de  $\geq 90\%$ .

El valor radicado acumulado durante la vigencia del año 2025 asciende a \$13.118.415.842, frente a un valor facturado de \$13.743.709.545.

El valor radicado corresponde a \$3.250.640.720 y el facturado a \$3.422.513.064

El indicador se ubica por encima del 90%, lo que evidencia un alto nivel de eficiencia en la radicación de la facturación por evento. El porcentaje alcanzado demuestra consistencia y oportunidad en los procesos de radicación, lo cual asegura un flujo financiero adecuado.

La brecha observada, inferior al 1%, resulta controlable y permite establecer acciones de mejora focalizadas para optimizar el proceso.

Tabla 20. Porcentaje de radicación de cuentas de prestaciones realizadas por evento.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Sostenibilidad	Mantener una radicación de facturas por evento $\geq 90\%$	Valor radicado acumulado de los ingresos por prestación de servicios bajo la modalidad de evento/Valor total acumulado de los servicios facturados bajo la modalidad de evento *100 Cálculo indicador: Radicado evento 3.250.640.720/ facturado evento 3.442.513.064 = 94.42 %	$\geq 90\%$	94.42%

Fuente: Plataforma SERVINTE – Modulo informe DM&R. Año 2025

✓ **Porcentaje de glosa de servicios prestados bajo la modalidad evento**

Este indicador tiene como objetivo mantener en  $\leq 5\%$  el porcentaje de glosa de servicios prestados por evento.

Durante la vigencia del año 2025, el indicador correspondiente al porcentaje de glosa de servicios prestados por evento alcanzó un resultado de 0.85%, cumpliendo con la meta establecida de mantenerlo en  $\leq 5\%$ . Este resultado positivo refleja el impacto de las estrategias implementadas en el proceso de facturación, entre las que se destacan la parametrización oportuna de los contratos en el sistema de información, la socialización de los términos contractuales con el equipo asistencial y administrativo, y la auditoría de cuentas antes de su radicación.

Tabla 21. Porcentaje de glosas de servicios prestados bajo modalidad de evento.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Sostenibilidad	Mantener en $\leq 5\%$ el porcentaje de glosa de servicios prestados por evento	Valor de la glosa aceptada de servicios prestados bajo modalidad evento acumuladas Valor total de los servicios facturados bajo modalidad evento acumulada) *100 Cálculo indicador: Glosas aceptadas 1.147.846.320 / total facturación evento 13.118.415.842 = 0.85%	$\leq 5\%$	100%

Fuente: Plataforma SERVINTE – Modulo informe DM&R. Año 2025

✓ **Porcentaje de variación de ingresos por ventas por evento.**

Este indicador tiene como objetivo aumentar en un 3% el ingreso por venta de servicios por evento.

Durante la vigencia del año 2025, el indicador orientado aumentar los ingresos por venta de servicios por evento alcanzo un crecimiento del 12 % comprado con el año anterior, esto en gran medida a la nueva contratación con las EPS Sanitas y SOS

Tabla 22. Porcentaje de variación de ingresos por ventas por evento.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Sostenibilidad	Aumentar en un 12% el ingreso por venta de servicios por evento	Valor de ingresos brutos por ventas por evento en vigencia año actual - Valor de ingresos brutos por ventas por evento en vigencia año anterior. Valor de ingresos brutos por ventas por evento en año anterior) *100. Cálculo indicador: Facturación evento: 2025: 11.979.302.000 Facturación evento 2024: 10.653.240.000 = 12.44 %	$\geq 3\%$	100%

Fuente: Plataforma SERVINTE – Ejecución presupuestal. Año 2025

**EJE N° 3: INOVACIÓN Y CONOCIMIENTO.**

**OBJETIVO ESTRATÉGICO:** Fomentar la innovación y gestión del conocimiento mediante el desarrollo de competencias del personal, la implementación de nuevos métodos en la prestación de los servicios, la promoción de saberes en nuestro entorno y el fortalecimiento de los convenios docentes asistenciales, que mejoren la calidad de los servicios y fortalezcan la reputación de la institución en el clúster de la salud.

✓ **Porcentaje de cobertura del plan de bienestar social e incentivos.**

Durante la vigencia del año 2025, el indicador relacionado con el cumplimiento del plan de bienestar social e incentivos muestra un cumplimiento del 100% respecto al total de

actividades programadas para la vigencia. Entre las acciones desarrolladas se destacan el plan de formación continua para los colaboradores, la celebración de fechas especiales y otras iniciativas orientadas al fortalecimiento del clima organizacional y al bienestar integral de los colaboradores y sus familias.

Tabla 23. Cobertura del plan de bienestar social e incentivos.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Innovación y Conocimiento	Cumplir el $\geq 90\%$ de las actividades programadas del plan de bienestar social e incentivos que favorezcan al colaborador y sus familias.	Porcentaje de cobertura del plan de bienestar social e incentivos Cálculo indicador: se realizaron 73 actividades de 73 programadas para el tercer trimestre. Cumplimiento: 100%	$\geq 90\%$	100%

Fuente: Plan de bienestar social: Documento que detalla los objetivos y las acciones a implementar.

✓ **Número de desarrollos tecnológicos inhouse de aplicaciones tercerizados.**

El objetivo del indicador es realizar al menos dos desarrollos tecnológicos inhouse de aplicativos contratados con terceros.

Durante la vigencia del año 2025, se evidenció un avance significativo en el desarrollo de capacidades tecnológicas que aportan en la toma de decisiones en salud pública. En este periodo, se alcanzó el 100% de cumplimiento frente a la meta proyectada para la vigencia, gracias a la implementación del software de Referencia y Contrarreferencia en el Sistema de Información y Comunicaciones (SICO). Este desarrollo inhouse representa un avance importante en la eficiencia de los procesos asistenciales, fortaleciendo la gestión clínica y administrativa de la institución.

Tabla 24. Número de desarrollos tecnológicos inhouse de aplicaciones tercerizados.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Innovación Y Conocimiento	Realizar al menos dos desarrollos tecnológicos inhouse de aplicativos contratados con terceros	Número de desarrollos tecnológicos implementados:1 Número de desarrollos tecnológicos inhouse de aplicaciones tercerizados proyectados para la vigencia:1 Cálculo indicador: $(1/1) * 100$ Resultado: 100%	1	100%

Fuente: Actas de comité primario de Gestión de Tecnologías y la Información.

✓ **Número de desarrollos tecnológicos para la automatización de procesos administrativos.**

El objetivo del indicador es realizar tres desarrollos tecnológicos al año para la automatización de procesos administrativos y asistenciales. Durante la vigencia del año 2025, se alcanzó un avance del 100% en el cumplimiento de la meta. Este resultado corresponde a la implementación de tres desarrollos tecnológicos tipo RPA (Automatización Robótica de Procesos): uno para la generación automatizada de historias clínicas solicitadas por la plataforma de Coosalud, otro para la consulta del estado de autorizaciones en la misma plataforma y el último para descarga de historia clínicas para la EPS Emssanar. Estas soluciones han contribuido a mejorar la eficiencia operativa, reducir tiempos de respuesta y optimizar la gestión en los procesos de atención y soporte administrativo.

Tabla 25. Número de desarrollos tecnológicos para la automatización de procesos administrativos

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Innovación y Conocimiento	Realizar tres desarrollos tecnológicos al año para la automatización de procesos administrativos y asistenciales	Número de desarrollos tecnológicos implementados: 3 Número de desarrollos tecnológicos para la automatización de procesos administrativos proyectados para la vigencia: 3 Cálculo indicador: $(3/3) * 100$ Resultado: 100%	3	100%

Fuente: Actas de comité primario de Gestión de Tecnologías y la Información.

✓ **Proyectos de investigación ejecutados por medio de convenios docente asistencial.**

El objetivo del indicador es participar en al menos un proyecto de investigación al año, por medio de los convenios docente asistenciales que se tienen suscritos con las instituciones de educación superior, a partir de 2025.

Durante la vigencia 2025, la Red de Salud del Centro hizo parte de una investigación que fue publicada en la revista Infectio, volumen 29, número 3. El artículo original se tituló: "Tamizaje y distribución de genotipos de VPH de alto riesgo en mujeres de Cali, Colombia en 2023: resultados del programa Por Ti Mujer".

Este trabajo fue posible gracias al análisis de las bases de datos generadas por el programa Por Ti Mujer, con el apoyo de la Universidad ICESI. La información recopilada por el programa, así como los genotipos identificados en las mujeres tamizadas en la ciudad, permitieron la publicación de este artículo, en el cual la Red de Salud del Centro ESE figura como parte activa del proceso investigativo.

Tabla 26. Número de proyectos de investigación ejecutados por medio de convenio docente asistencial.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA	CUMPLIMIENTO
-------------------	--------------------------------	------------------------------	------------	--------------

			VIGENCIA	
Innovación y Conocimiento	Participar en al menos un proyecto de investigación al año, por medio de los convenios docente asistenciales que se tienen suscritos con las instituciones de educación superior, a partir de 2025	Número de proyectos de investigación ejecutados por medio de convenios docente asistenciales: 1 Cálculo indicador: $(1/1) * 100$ . Resultado: 100%	1	100%

Fuente: Acta de Convenio docente asistenciales ESE Centro-Universidad ICESI.

✓ **Porcentaje de cumplimiento del plan para la gestión del conocimiento y la innovación de la vigencia.**

El objetivo del indicador es cumplir con al menos 80% el plan para la gestión del conocimiento y la innovación proyectado para cada vigencia.

Durante la vigencia del año 2025, el indicador de cumplimiento del plan para la gestión del conocimiento y la innovación alcanzó un avance del 100% frente a lo proyectado para la vigencia.

Tabla 27. Porcentaje de cumplimiento del plan para la gestión del conocimiento y la innovación de la vigencia.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Innovación y Conocimiento	Cumplir con al menos 80% el plan para la gestión del conocimiento y la innovación proyectado para cada vigencia.	Porcentaje de cumplimiento del plan para la gestión del Conocimiento y la innovación de la vigencia: 100% Cálculo indicador: De una actividad planteada para la vigencia se dio cumplimiento (1/1).	80%	100%

Fuente: Plan de trabajo para la gestión del conocimiento y la innovación Subgerencia Científica.

## **EJE N° 4: PARTICIPACIÓN SOCIAL**

**OBJETIVO ESTRATÉGICO:** Fomentar la participación de los grupos de interés en la gestión organizacional y búsqueda de la excelencia, mediante el desarrollo de mecanismos de comunicación eficaces, la participación ciudadana y la publicación amplia y transparente de información para el adecuado seguimiento de la gestión pública.

✓ **Porcentaje de cumplimiento del cronograma de participación social y comunitaria.**

Este indicador tiene como objetivo cumplir el  $\geq 95\%$  de las actividades definidas en el cronograma de implementación de la Política de Participación Social.

Durante la vigencia del año 2025, el avance en la implementación del cronograma de actividades definidas en la Política de Participación Social alcanzó un 96%,

correspondiente a la ejecución de 23 de las 24 actividades programadas para la vigencia. Este valor representa el cumplimiento a la meta anual del  $\geq 95\%$ .

Este indicador se encuentra alineado con el resultado del Plan Territorial de Salud que busca, a 2027, garantizar que al menos el 70% de las instancias de participación ciudadana en Santiago de Cali ejerzan su derecho a la participación conforme a las competencias definidas en la política.

Tabla 28. Porcentaje de cumplimiento del cronograma de participación social y comunitaria

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Participación Social	Cumplir el $\geq 95\%$ de las actividades definidas en el cronograma de implementación de la Política de Participación Social.	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de participación social y comunitaria: 96% Cálculo indicador: $(23/24) * 100$ Resultado: 96%	$\geq 95\%$	96%

Fuente: plan de actividades programadas para la política de participación social - año 2025.

✓ **Proporción de satisfacción global de los usuarios de la ESE - General.**

Este indicador tiene como objetivo mantener los niveles de satisfacción global de los usuarios en un porcentaje  $\geq 95\%$ .

Durante la vigencia del año 2025, la proporción de satisfacción global de los usuarios de la Red de Salud del Centro E.S.E. alcanzó un resultado del 98%, superando la meta establecida del  $\geq 95\%$ . Este desempeño refleja una percepción positiva por parte de los usuarios respecto a la calidad del servicio recibido. El resultado evidencia el impacto favorable de las estrategias institucionales orientadas a mejorar la experiencia del usuario, así como el compromiso del talento humano con la humanización del servicio.

Tabla 29. Proporción de satisfacción global de los usuarios de la ESE – General.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Participación Social	Mantener los niveles de satisfacción global de los usuarios en un porcentaje $\geq 95\%$	Proporción de satisfacción global de los usuarios de la ESE - General: 100% Cálculo indicador: $(8.764/8.937) * 100$ Resultado: 98%	$\geq 95\%$	98%

Fuente: Base encuesta Satisfacción de usuarios de servicios – Sistema de Gestión Integral Almera

## EJE N° 5: GESTION DE EXCELENCIA

### ✓ Número de IPS intervenidas en infraestructura en el periodo evaluado.

Durante la vigencia del año 2025, el indicador presenta un avance significativo en la ejecución de acciones orientadas a mejorar la infraestructura de al menos dos (2) IPS de la Red, superando parcialmente la meta proyectada para el periodo. A diciembre se cuenta con la ejecución de un proyecto de intervención y tres proyectos de adecuación: La reposición del Hospital Básico Primitivo Iglesias, cuya obra inició el 1 de julio de 2025 y las adecuaciones menores de las IPS Luis H Garcés finalizada el 01 julio de 2025, IPS Aguablanca finalizada el 31 diciembre 2025 e IPS Belalcazar con un avance del 40%.

Orientados al mejoramiento de sus condiciones físicas y operativas. Estos avances reflejan una gestión efectiva en el cumplimiento del objetivo propuesto.

Este indicador contribuye directamente a la meta distrital de contar con 10 sedes de salud mejoradas y dotadas, y el progreso alcanzado hasta la fecha permite prever el cumplimiento de la meta anual.

Tabla 30. Número de IPS intervenidas en infraestructura en el periodo evaluado.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Gestión de la Excelencia	Mejorar las condiciones de infraestructura de al menos 2 IPS de la Red en el marco del cumplimiento del SUA y los requisitos de habilitación	16 IPS Intervenidas mediante plan de mantenimiento general, 1 IPS intervenida en infraestructura de mayor impacto, mediante proyecto en el periodo evaluado, HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS, 2 sedes intervenidas para adecuación de mediano impacto IPS AGUABLANCA E IPS BELALCAZAR Cumplimiento: 100% Cálculo indicador: (3/2) *100 Resultado: 150%	2	100%

Fuente: Plan de mantenimiento general. Año 2025

### ✓ Resultado cuantitativo de la evaluación externa de acreditación.

Este indicador tiene como objetivo mantener el reconocimiento como institución acreditada en salud manteniendo o mejorando una calificación  $\geq 3,52$  en la evaluación externa del sistema único de acreditación en el periodo de cuatro años.

En el mes de diciembre de la presente vigencia se recibió el informe correspondiente a los resultados del primer seguimiento del Sistema Único de Acreditación, en el cual la institución mantiene vigente el reconocimiento como institución acreditada en salud, con una calificación de 3,55.

Tabla 31. Resultado cuantitativo de la evaluación externa de acreditación.

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B/ Villa Colombia. Cali - Valle- PBX: (+57 602) 3120930  
E-mail: atencionalusuario@saludcentro.gov.co - evaluacionymejora@saludcentro.gov.co - gerencia@saludcentro.gov.co

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Gestión de la Excelencia	Mantener el reconocimiento como institución acreditada en salud manteniendo o mejorando una calificación $\geq 3,52$ en la evaluación externa del sistema único de acreditación en el periodo de cuatro años.	Resultado cuantitativo de la evaluación externa de acreditación: 3.55	$\geq 3,52$	100 %

Fuente: Informe Primer seguimiento ICONTEC - Módulo de documentos Sistema de Gestión Integral de Calidad.

✓ **Sistema de gestión Ambiental implementado.**

Este indicador tiene como objetivo implementar y mantener el sistema de Gestión Ambiental bajo la norma ISO 14001:2015.

Durante la vigencia del año 2025, se reporta el cumplimiento de la meta anual del indicador orientado a implementar y mantener el Sistema de Gestión Ambiental conforme a la norma ISO 14001:2015. Para garantizar su sostenibilidad, se formuló un plan de trabajo que incluye 224 actividades para la vigencia, de las cuales se ejecutaron 206, lo que equivale a 92 % de ejecución.

Tabla 32. Sistema de gestión implementado.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Gestión de la Excelencia	Implementar y mantener el sistema de Gestión Ambiental bajo la norma ISO 14001:2015	Sistema de gestión implementado:1	1	92 %

Fuente: Plan de trabajo sistema de gestión ambiental GAF –F-57.

✓ **Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo implementado.**

Este indicador tiene como objetivo mantener y ampliar el alcance del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo bajo la Norma ISO 45001/2018.

Durante la vigencia del año 2025, se alcanzó el 100 % de cumplimiento frente a lo proyectado para la vigencia en relación con el mantenimiento y la ampliación del alcance del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, conforme a la norma ISO 45001:2018. En este periodo, se realizó el seguimiento a la certificación de las IPS Obrero, Luis H y Colón, con ampliación del alcance a los servicios de atención domiciliaria y la unidad móvil, siendo posible la renovación del certificado por parte del ICONTEC.

Durante la vigencia 2025, se reporta el cumplimiento de la meta anual del indicador orientado a implementar y mantener el Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo conforme a la norma ISO 45001:2015. Para garantizar su sostenibilidad, se

formuló un plan de trabajo que incluye 252 actividades para la vigencia, de las cuales se ha ejecutado el 247, lo que equivale a una ejecución 98 % actividades desarrolladas en el año.

Tabla 33. Sistema de gestión implementado.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Gestión de la Excelencia	Mantener y ampliar el alcance del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo bajo la Norma ISO 45001/2018	Sistema de gestión implementado con ampliación de alcance:1	1	98%

Fuente: Plan de trabajo Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo GHU- F-78.

✓ **Cumplimiento  $\geq 90\%$  del plan anual de humanización**

Este indicador tiene como objetivo cumplir con un porcentaje  $\geq 90\%$  de las actividades del programa de humanización hacia el cliente interno y externo.

Durante la vigencia del año 2025, el Programa de Humanización alcanzó un 96% de ejecución, superando la meta establecida del  $\geq 90\%$ , lo que evidencia una gestión eficaz y un adecuado nivel de implementación. Las acciones se enfocaron en las dimensiones de paciente, colaborador y ambiente físico, mediante procesos de formación al talento humano en APAR (Atención Personalizada con Acompañamiento Respetuoso) para la atención humanizada, enfoque diferencial y no discriminación, así como en rutas de aseguramiento y participación social.

De manera complementaria, se desarrollaron actividades lúdicas y formativas para los usuarios, orientadas al fortalecimiento de sus proyectos de vida, las cuales fueron gestionadas en articulación con la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP). Adicionalmente, se realizaron intervenciones comunitarias a familias en condición de riesgo a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y los Equipos Básicos en Salud, consolidando un enfoque territorial, preventivo y centrado en la persona.

Tabla 34. Cumplimiento  $\geq 90\%$  del plan anual de humanización.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Gestión de la Excelencia	Cumplir con un porcentaje $\geq 90\%$ de las actividades del programa de humanización hacia el cliente interno y externo	Cumplimiento $\geq 90\%$ del plan anual de humanización Cálculo del indicador: 96%	$\geq 90\%$ .	96%

Fuente: Formato Plan de trabajo humanización diciembre de 2025

✓ **Cumplimiento  $\geq 90\%$  del plan de trabajo para la implementación de las estrategias para la no discriminación.**

Este indicador tiene como objetivo alcanzar un cumplimiento igual o superior al 90 % del plan de trabajo, orientado a la implementación de estrategias institucionales que contribuyan a la eliminación de cualquier forma de discriminación en la prestación de los servicios de salud.

Durante la vigencia del año 2025, la Red de Salud del Centro E.S.E. avanzó en la implementación de acciones dirigidas a fortalecer una cultura organizacional basada en la inclusión, la equidad y la no discriminación. En este periodo, el cumplimiento del plan de trabajo fue del 76%, frente a la meta establecida del 90%.


Si bien el resultado obtenido no alcanza la meta proyectada, se evidencia un fortalecimiento de las acciones de sensibilización, formación y desarrollo documental, así como una identificación clara de los aspectos estructurales y normativos que requieren mayor consolidación en la próxima vigencia. Estos elementos serán determinantes para la formalización y fortalecimiento del Programa de No Discriminación.

Las acciones desarrolladas se encuentran alineadas con los objetivos del Plan de Desarrollo Institucional 2024–2028, específicamente con el quinto objetivo estratégico: Gestión de la Excelencia, el cual busca garantizar una atención integral, humanizada y libre de discriminación, sustentada en los principios de igualdad, respeto y dignidad humana.

Tabla 35. Cumplir el  $\geq 90\%$  el plan de trabajo para la implementación de estrategias que lleven a la eliminación de cualquier forma de discriminación.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
Gestión de la Excelencia	Cumplir el $\geq 90\%$ el plan de trabajo para la implementación de estrategias que lleven a la eliminación de cualquier forma de discriminación	Cumplimiento $\geq 90\%$ del plan de trabajo para la implementación de las estrategias para la no discriminación Cálculo del indicador: 76%	$\geq 90\%$ .	76.5%

Fuente: Plan de trabajo de enfoque diferencial y no discriminación

	Nombre	Cargo y/o actividad	Firma
Aprobó	Natali Mosquera Narváez	Gerente	
Revisó	Jhon Faver Ramírez Gracia	Subgerente Científica. (E).	
Revisó	Angela María Calero Manco	Subgerente Financiera y Administrativa.	
Revisó	Jennifer Santa Yepes	Subgerente Promoción y Mantenimiento de la Salud.	
Proyectó	Nancy Johanna Deaza Hernández	Asesora de Planeación y Calidad	

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas disposiciones legales vigentes y; por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma.