



Red de Salud del Centro E.S.E.

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

Santiago de Cali D.E., 25 de octubre de 2.025

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 III trimestre 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 III trimestre del POA del año, 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 III TRIMETRE 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 - evaluacionymejora@saludcentro.gov.co - gerencia@saludcentro.gov.co

PRESENTADO A:

JUNTA DIRECTIVA

SANTIAGO DE CALI. 25 OCTUBRE DE 2025.

EQUIPO PROFESIONAL DE APOYO PARA LA GESTIÓN.

SUBGERENTE CIENTÍFICO (E)

Profesional Universitario Especializado en Salud. Jhon Faber Ramírez Gracia

SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Profesional Universitario Especializado. Angela Maria Calero Manco

SUBGERENTE DE PROMOCIÓN Y MANTNIMIENTO 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 Riasco Riasco.

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

1. OBJETIVOS	8
1.1 Objetivo General.	8
1.2 Objetivo Específico.	8
CONTEXTO GENERAL	9
RESULTADOS DE SEGUIMIENTO POR EJE ESTRATÉGICO	10
EJE N° 1: ATENCIÓN DE CALIDAD.	10
Análisis del Indicador.	10
✓ Razón de Mortalidad Materna - RMM.	10
✓ Tasa de Mortalidad Perinatal – TMP.....	10
✓ 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.....	16
✓ Tasa de mortalidad por suicidio.	17
✓ Porcentaje de pacientes con diabetes controlado (HB glicosilada <7%).....	17
✓ 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.....	18
EJE N° 2: SOSTENIBILIDAD.	19
Análisis del Indicador.	19
✓ superávit o déficit fiscal.	¡Error! Marcador no definido.
✓ Índice de liquidez ≥ 1	¡Error! Marcador no definido.
✓ Porcentaje de radicación de cuentas de prestaciones realizadas por evento	¡Error! Marcador no definido.

✓	Porcentaje de glosa de servicios prestados bajo la modalidad evento ¡Error! Marcador no definido.	
✓	Porcentaje de variación de ingresos por ventas por evento..... ¡Error! Marcador no definido.	
✓	Porcentaje de cobertura del plan de bienestar social e incentivos.....	21
✓	Número de desarrollos tecnológicos inhouse de aplicaciones tercerizados..... ¡Error! Marcador no definido.	
✓	Número de desarrollos tecnológicos para la automatización de procesos administrativos..... ¡Error! Marcador no definido.	
✓	Proyectos de investigación ejecutados por medio de convenios docente asistencial.....	23
✓	Porcentaje de cumplimiento del plan para la gestión del conocimiento y la innovación de la vigencia.....	24
	EJE N° 4: PARTICIPACIÓN SOCIAL	24
✓	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de participación social y comunitaria.....	24
✓	Proporción de satisfacción global de los usuarios de la ESE - General. 25	
✓	Número de IPS intervenidas en infraestructura en el periodo evaluado. ¡Error! Marcador no definido.	
✓	Resultado cuantitativo de la evaluación externa de acreditación.	26
✓	Sistema de gestión implementado.	27
✓	Sistema de gestión implementado.	27

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.	14
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 $< 7\%$).	17
Tabla 16. Porcentaje 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.	18
Tabla 18. Superávit o Déficit Fiscal.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 19. Índice de liquidez.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 20. Porcentaje de radicación de cuentas de prestaciones realizadas por evento.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 21. Porcentaje de radicación de cuentas de prestaciones realizadas por evento.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 22. Porcentaje de variación de ingresos por ventas por evento.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 23. cobertura del plan de bienestar social e incentivos. .	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 24. Número de desarrollos tecnológicos inhouse de aplicaciones tercerizados.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 25. Número de desarrollos tecnológicos para la automatización de procesos administrativos.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 26. Número de proyectos de investigación ejecutados por medio de convenios docente asistencial.	24
Tabla 27. Porcentaje de cumplimiento del plan para la gestión del conocimiento y la innovación de la vigencia.	24
Tabla 28. Porcentaje de cumplimiento del cronograma de participación social y comunitaria.	25

Tabla 29. Proporción de satisfacción global de los usuarios de la ESE – General.	25
Tabla 30. Número de IPS intervenidas en infraestructura en el periodo evaluado.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 31. Resultado cuantitativo de la evaluación externa de acreditación.	27
Tabla 32. Sistema de gestión implementado.....	27
Tabla 33. Sistema de gestión implementado.....	28
Tabla 34. Cumplimiento $\geq 90\%$ del plan anual de humanización.	28
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..	29

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo General.

Realizar y socializar el seguimiento, monitoreo del Plan Operativo Anual del III trimestre 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 III trimestre 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 el tercer trimestre de 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 el tercer trimestre de 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 embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales: 0 Nacidos vivos: 5. Cálculo indicador: (0/) *100.000 Resultado: 0	0	100%

Fuente: Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 40. 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 el tercer trimestre de 2025, se registran 0 casos 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 preconcepcional, 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: 0 Nacidos vivos: 5. Cálculo indicador: $(0/2) * 1.000$ Resultado: 0	0	100%

Fuente: Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 40. 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 la Red de Salud del Centro E.S.E, no registra Bajos pesos al nacer; 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 afectan 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: 2 Cálculo indicador: (0/5) *100 Resultado: 0%	0	100%

Fuente: Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 40. 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. Lo que representa un cumplimiento del 100%.

Para 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: 1 Cálculo indicador: (0/0) *100. Resultado: 0%	0	100%

Fuente: Base de Datos. Plataforma SIVIGILA – Semana Epidemiológica N° 40. 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 el tercer trimestre de 2025, a la fecha 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%

Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 40. 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 el tercer trimestre de 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: 1.056 Número total de menores hasta de 1 año asignados a la ESE: 840 Cálculo indicador: $(1.056/840) * 100$. Resultado: 126%	≥75%	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 el tercer trimestre de 2025, la ESE Centro registra una tasa de 7,09%; 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: 29 Total, de población de mujeres adolescentes entre 15 a 19 años de población colombiana asignada a la ESE: 4.085 Cálculo indicador: $(29/4.085) * 1000$ Resultado: 7.09	≤9,75	100%

Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 40. Año 2025.

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

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

El objetivo del indicador es lograr una oportunidad ≤ 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. En el tercer trimestre de 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 15 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 ≤ 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: 355 Total, mujeres con tamizajes anormales de 25 a 69 años: 23 Cálculo indicador: $(355/23)$ Resultado: 15	31 días	100%

Fuente: Base de datos Colposcopia

✓ **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 tercer trimestre de 2025, la ESE Centro alcanzó un 26% de cobertura en tamizaje para cáncer de cuello uterino, evidenciando un cumplimiento del indicador del 100%.

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, por otra parte, se cuenta con 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: 481 Número de mujeres de 25 a 69 años asignadas a la ESE: 1819 *100 Cálculo indicador: $(481/1819) * 100$ Resultado: 26%	$\leq 12,5\%$	100%

Fuente: Base de datos aplicativo Por ti mujer

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

Este indicador tiene como objetivo, mantener en cero el porcentaje de letalidad por dengue. En el tercer trimestre de 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: 22 Cálculo indicador: $(0/20) * 100$ Resultado: 0%	0	100%

Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 40. 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, en la Red de Salud del Centro se ha reportado un caso nuevo de Hansen - Lepra, dando cumplimiento a lo establecido tasa de incidencia en 0,004.

Si 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: 2.283.846 Cálculo indicador: $(1/2.283.846) * 10000$ Resultado: 0,004	0,035	100%

Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 40. Año 2025.

✓ **Tasa de mortalidad por TB**

Este indicador tiene como objetivo, mantener en cero la tasa de mortalidad por tuberculosis. Durante el tercer trimestre de 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: 2.283.846 Cálculo indicador: $(0/2.283.846) * 100000$ Resultado: 0	0	100%

Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 40. Año 2025.

✓ **Tasa de mortalidad por suicidio.**

Este indicador tiene como objetivo, mantener o disminuir mejorar la tasa de mortalidad por suicidio. Durante el tercer trimestre de 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: Población asignada a la ESE: 139.650 Cálculo indicador: $(0/139.650) * 100000$ habitantes Resultado: 0%	0	100%

Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 40. Año 2025.

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

Este indicador tiene como objetivo, aumentar al menos a un 60% las personas con diabetes controlada, se evidenció un aumento en la proporción de pacientes diabéticos con control glicémico dando un cumplimiento del 16,04 % para el trimestre. Este avance se relaciona con la implementación de seguimientos individualizados, ajustes terapéuticos oportunos y educación continua al paciente.

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	≥60%	16.04%

		a 7% en los últimos seis meses: 1126. Número total de personas con Diabetes Mellitus) reportadas: 6.341 Cálculo indicador: $(x/x \cdot 100)$ Resultado: 18.16 %	
--	--	--	--

Fuente: Almera junio 2025. Base nominal septiembre 2025.

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

Este indicador tiene como objetivo, Mantener $\geq 70\%$ las personas con hipertensión arterial captada. Durante el tercer trimestre de 2025 se ha evidenciado un avance en la captación de pacientes con hipertensión arterial, dando un cumplimiento del 75,6%.

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 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 $\geq 70\%$ las personas con hipertensión arterial captadas	Número de pacientes hipertensos inscritos al programa de riesgo cardiovascular: 16.682 Población hipertensa proyectada asignada a la ESE Centro: 22.572 Cálculo indicador: $(16.682/22.572) * 100$ Resultado: 73,9%	$\geq 70\%$	75,6%

Fuente: Almera junio 2025 /Base nominal septiembre 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 ESE por violencias sexuales basada en género y violencia intrafamiliar son intervenidos por el equipo psico-social. Durante el tercer trimestre de 2025, se logra el 100% dando cumplimiento con relación a los pacientes que ingresaron por violencia sexual o intrafamiliar fueron intervenidos por el equipo psicosocial.

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: 117 Número de pacientes que ingresan a la ESE por violencias sexuales basada en género y violencia intrafamiliar: 120 Cálculo indicador: $(117/120) * 100000$ Resultado: 100%	$\geq 22,5\%$	100%

Fuente: Almera.

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 ≥ 1 , en la Red de salud del Centro E.S.E.

Durante el tercer trimestre de 2025, el indicador de superávit o déficit fiscal presentó un resultado de 1,08 mayor a la meta, lo que indica que los reconocimientos están cubriendo los compromisos de la ESE inclusive los que van hasta el 31 de diciembre

Tabla 18. Superávit o Déficit Fiscal.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META III TRIM 2025	CUMPLIMIENTO
Sostenibilidad	Mantener un superávit o déficit fiscal ≥ 1	Superávit o déficit fiscal Cálculo indicador: Reconocimiento \$ 94.102.858.850 Compromisos \$ = 86.353.916.205	≥ 1	1,08

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E. Plan Operativo Anual 2.025

- ✓ 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 el tercer trimestre de 2025, el indicador de porcentaje de radicación de cuentas por evento alcanzó un resultado del 93%, por encima de la meta establecida de $\geq 90\%$.

El valor radicado acumulado durante al tercer trimestre de 2025 asciende a \$9.928.140.905, frente a un valor facturado de \$10.323.786.183.

Para el tercer trimestre, el valor radicado corresponde a \$4.291.891.740 y el facturado a \$4.602.229.414.

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 III TRIM 2025	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 9.928.140.905/ facturado evento 10.323.786.183 = 96.8 %	$\geq 90\%$	96.8%

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E. Plan Operativo Anual 2.025

✓ 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 el tercer trimestre de 2025, el indicador correspondiente al porcentaje de glosa de servicios prestados por evento alcanzó un resultado de 1.54%, 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 radicación de cuentas de prestaciones realizadas por evento.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META III TRIM 2025	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 419.730.974 / total facturación evento 9.928.140.905 = 1.54%	$\leq 5\%$	1.54%
----------------	---	---	------------	-------

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E. Plan Operativo Anual 2.025

✓ Porcentaje de variación de ingresos por ventas por evento.

Este indicador tiene como objetivo aumentar en un 12% el ingreso por venta de servicios por evento.

Durante el tercer trimestre de 2025, el indicador orientado a aumentar los ingresos por venta de servicios por evento no alcanzo un crecimiento comprado con el año anterior, esto en gran medida a la contingencia que se está realizando con las EPS por el no pago de la facturación por evento por parte de las EPS intervenidas (Emssanar, Coosalud, Nueva EPS)

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 III TRIM 2025	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: 8.847.825.000 Facturación evento 2024: = 8.888.620.000	$\geq 3\%$	-0,4 %

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E. Plan Operativo Anual 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 el tercer trimestre de 2025, el indicador relacionado con el cumplimiento del plan de bienestar social e incentivos muestra un avance del 63% respecto al total de actividades programadas para la vigencia. Es importante precisar que las actividades proyectadas específicamente para este tercer trimestre (14) se ejecutaron en su totalidad, logrando un cumplimiento del 100% en el periodo evaluado. 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 III TRIM 2025	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 14 actividades de 14 programadas para el tercer trimestre. Cumplimiento: 100%	$\geq 90\%$	100%

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E. Plan Operativo Anual 2.025

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 el tercer trimestre de 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 III TRIM 2025	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: Red de Salud del Centro E.S.E. Plan Operativo Anual 2.025

✓ **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. En el tercer trimestre de 2025, se alcanzó un avance del 67% en el cumplimiento de la meta trimestral. Este resultado corresponde a la implementación de dos desarrollos tecnológicos tipo RPA (Automatización Robótica de Procesos): uno para la generación automatizada de historias clínicas solicitadas por la plataforma de Coosalud, y otro para la consulta del estado de autorizaciones en la misma plataforma. 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 III TRIM 2025	CUMPLIMIENTO
Innovación y Conocimiento	Realizar tres desarrollos tecnológicos al año para la automatización de procesos administrativos y asistenciales	Número de desarrollos tecnológicos implementados: 2 Número de desarrollos tecnológicos para la automatización de procesos administrativos proyectados para la vigencia: 3 Cálculo indicador: $(2/3) * 100$ Resultado: 67%	0,75	100%

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E. Plan Operativo Anual 2.025

✓ **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 18. Número de proyectos de investigación ejecutados por medio de convenios docente asistencial.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESPECÍFICO ESE CENTRO	INDICADOR DE LA E.S.E CENTRO	META DE LA VIGENCIA	CUMPLIMIENTO
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 asistencial:1 Cálculo indicador: $(1/1) * 100$. Resultado: 100%	1	100%

Fuente: Acta de Convenio docente asistencial ESE Centro-Icesi. Tercer trimestre de 2025.

✓ **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.

en el tercer trimestre de 2025, el indicador de cumplimiento del plan para la gestión del conocimiento y la innovación alcanzó un avance del 50% frente a lo proyectado para la vigencia.

Tabla 19. 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:50x% Cálculo indicador: De dos actividades planteadas para la vigencia se dio cumplimiento a una de ellas (1/2).	50%	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 el tercer trimestre de 2025, el avance en la implementación del cronograma de actividades definidas en la Política de Participación Social alcanzó un 75%,

correspondiente a la ejecución de 18 de las 24 actividades programadas para la vigencia. Si bien este valor representa un avance parcial frente a la meta anual del $\geq 95\%$, es consistente con la planificación distribuida por trimestres. 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 20. 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: 75% Cálculo indicador: $(18/24) * 100$ Resultado: 75%	$\geq 95\%$	75%

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 $\geq 95\%$.

En el tercer trimestre de 2025, la proporción de satisfacción global de los usuarios de la Red de Salud del Centro E.S.E. alcanzó un resultado del 96%, 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 21. 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: 96% Cálculo indicador: $(2.128/2.24) * 100$ Resultado: 96%	$\geq 95\%$	96%

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.**

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

Durante el tercer trimestre de 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 septiembre se cuenta con la ejecución dos proyectos de intervención y dos proyectos de adecuación: la intervención de la IPS Luis H. Garcés y la reposición del Hospital Básico Primitivo Iglesias, cuya obra inició el 1 de julio de 2025.

Adicionalmente, se adelantan procesos de adecuación en las IPS Aguablanca y Belalcázar, 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 III TRIM 2025	CUMPLIMIENTO
Gestión de la Excelencia	Mejorar las condiciones de infraestructura de al menos 3 IPS de la Red en el marco del cumplimiento del SUA y los requisitos de habilitación	16 IPS Intervenidas mediante plan de mantenimiento genera, 2 IPS intervenida en infraestructura de mayor impacto, mediante proyecto en el periodo evaluado, HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS, IPS LUIS H GACES y 2 sedes intervenidas para adecuación de mediano impacto IPS AGUABLANCA E IPS BELALCAZAR: Cumplimiento 100% Cálculo indicador: $(4/2) * 100$ Resultado: 200%	2	100%

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E. Plan Operativo Anual 2.025

✓ **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.

Durante el tercer trimestre de 2025, la institución mantiene vigente el reconocimiento como institución acreditada en salud, conforme a lo establecido por el Sistema Único de Acreditación.

Actualmente, la institución se encuentra a la espera del informe con los resultados del primer seguimiento por parte del ICONTEC realizada en el mes de julio de 2025. Como preparación para esta visita se implementaron planes de mejoramiento orientados al

fortalecimiento de los estándares, con el propósito de mantener o mejorar la calificación obtenida en la evaluación de nuevo ciclo ($\geq 3,52$).

Tabla 22. Resultado cuantitativo de la evaluación externa de acreditación.

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: 3.52	$\geq 3,52$	$\geq 3,52$

Fuente: Informe visita de nuevo ciclo 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 el tercer trimestre de 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 211 actividades para la vigencia, de las cuales se han ejecutado 143, lo que equivale a 68 % de avance para el tercer trimestre.

Tabla 23. 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	68 %

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

✓ **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 el tercer trimestre de 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.

Tabla 24. 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	100 %

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

Durante el tercer trimestre de 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 308 actividades para la vigencia, de las cuales se ha ejecutado el 155, lo que equivale a 50.32 % actividades desarrolladas hasta el segundo trimestre.

✓ **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 el tercer trimestre de 2025, el indicador relacionado con la ejecución del programa de humanización hacia el cliente interno y externo logró un avance del 98% frente a la meta anual establecida del $\geq 90\%$. Es importante aclarar que se dio cumplimiento al 98% de las actividades programadas específicamente para este trimestre. Dentro de las principales acciones ejecutadas se encuentra la actualización del modelo y del programa institucional de humanización, así como la programación de actividades enfocadas en las dimensiones de paciente, colaborador y ambiente físico humanizado, resaltando los avances frente a la intervención frente a colaboradores con la ejecución de taller de inteligencia emocional y herramientas conversacionales a varios procesos.

Tabla 25. 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: 98%	$\geq 90\%$.	98%

Fuente: Formato Plan de trabajo humanización septiembre de 2025

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

Este indicador tiene como objetivo cumplir el $\geq 90\%$ del plan de trabajo para la implementación de estrategias que lleven a la eliminación de cualquier forma de discriminación.


Durante el tercer trimestre de la vigencia 2025, en la Red de Salud del Centro E.S.E. se avanzó en la implementación de las estrategias institucionales orientadas a fortalecer la cultura de inclusión, equidad y no discriminación en la atención en salud. El cumplimiento del plan de trabajo trimestral alcanzó un 53%, del 90% de la meta establecida, evidenciando el compromiso institucional por consolidar procesos humanizados, accesibles y centrados en las necesidades de los grupos poblacionales diversos.

Las acciones desarrolladas se enmarcan en los objetivos del Plan de Desarrollo Institucional 2024-2028, específicamente en el quinto objetivo estratégico (gestión de la excelencia), que busca garantizar una atención integral y libre de discriminación, bajo los principios de igualdad, respeto y dignidad humana.

Tabla 26. 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: 50%	$\geq 90\%$.	53%

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 Mnaco	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.