



Red de Salud del Centro E.S.E.

"Por una salud más cercana, con excelencia y amor"

Santiago de Cali D.E., 10 de julio de 2.026.

Doctor

GERMAN ESCOBAR.
Secretario de salud.

Asunto: Informe evaluación del Plan Operativo Trimestre II - POA 2026.

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 segundo trimestre del año 2026, dando cumplimiento a lo requerido.

Nancy Johanna Deaza Hernández
RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.
Gerente (E)

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 II TRIMESTRE 2026.

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. 10 JULIO DE 2026.

EQUIPO PROFESIONAL DE APOYO PARA LA GESTIÓN.

SUBGERENTE CIENTÍFICO ASISTENCIAL.

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. Sandra Escobar

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
2. RESULTADOS DE SEGUIMIENTO POR EJE ESTRATÉGICO	10
2.1. EJE N° 1: ATENCIÓN DE CALIDAD	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	13
✓ Cobertura de niños vacunados menores de un año	14
✓ Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años	15
✓ Oportunidad de diagnóstico de cáncer de cuello uterino	16
✓ Lograr coberturas de tamizaje para cáncer de cuello uterino ≥60% en mujeres de 25 a 69 años	16
✓ Mantener en cero el porcentaje de letalidad por dengue	17
✓ Tasa de incidencia de lepra o enfermedad de Hansen	17
✓ Tasa de mortalidad por TB	18
✓ Tasa de mortalidad por suicidio	18
✓ Porcentaje de pacientes con diabetes controlado (HB glicosilada <7%)	19
✓ Porcentaje de captación de pacientes con hipertensión	19
✓ Porcentaje de pacientes que ingresan a la ESE por violencias sexuales basada en género y violencia intrafamiliar intervenidos por el equipo psico-social	20
2.2. EJE N° 2: SOSTENIBILIDAD	21
✓ Superávit o déficit fiscal	21
✓ Índice de liquidez ≥1	21
✓ Porcentaje de radicación de cuentas de prestaciones realizadas por evento	22
✓ Porcentaje de glosa de servicios prestados bajo la modalidad evento	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

✓	Porcentaje de variación de ingresos por ventas por evento.	24
2.3	EJE N° 3: INNOVACIÓN Y CONOCIMIENTO.	25
✓	Porcentaje de cobertura del plan de bienestar social e incentivos.	25
✓	Número de desarrollos tecnológicos inhouse de aplicaciones tercerizados.	25
✓	Número de desarrollos tecnológicos para la automatización de procesos administrativos.	26
✓	Proyectos de investigación ejecutados por medio de convenios docente asistencial.	28
✓	Porcentaje de cumplimiento del plan para la gestión del conocimiento y la innovación de la vigencia.	29
2.3.	EJE N° 4: PARTICIPACIÓN SOCIAL	30
✓	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de participación social y comunitaria.	30
✓	Proporción de satisfacción global de los usuarios de la ESE - General.	30
2.4.	EJE N° 5: GESTIÓN DE EXCELENCIA	31
✓	Número de IPS intervenidas en infraestructura en el periodo evaluado.	31
✓	Resultado cuantitativo de la evaluación externa de acreditación.	32
✓	Sistema de gestión Ambiental implementado.	33
✓	Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo implementado.	34
✓	Cumplimiento $\geq 90\%$ del plan anual de humanización	34
✓	Cumplimiento $\geq 90\%$ del plan de trabajo para la implementación de las estrategias para la no discriminación.	35
2.5.	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL: RECURSOS ASIGNADOS Y EJECUTADOS	Error! Bookmark not defined.
2.6.	MECANISMOS Y ACCIONES DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA Error! Bookmark not defined.	
1.1.	OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS) Error! Bookmark not defined.	
1.1.1.	Alineación de las Metas de Desarrollo Sostenible en el Contexto de Santiago de Cali	Error! Bookmark not defined.
1.1.2.	Programas, Políticas y Acciones Ejecutadas para la Contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	Error! Bookmark not defined.

1.1.3. Colaboración con Organismos Nacionales e Internacionales para el Cumplimiento de los ODSError! Bookmark not defined.

1.1.4. Participación Ciudadana en el Cumplimiento de los ODS..... Error! Bookmark not defined.

CONCLUSIONESError! Bookmark not defined.

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

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.	15
Tabla 9. Oportunidad de diagnóstico de cáncer de cuello uterino.	16
Tabla 10. Lograr coberturas de tamizaje para cáncer de cuello uterino $\geq 60\%$ en mujeres de 25 a 69 años.....	16
Tabla 11. Porcentaje de letalidad por dengue.....	17
Tabla 12. Tasa de incidencia de lepra o enfermedad de Hansen.	17
Tabla 13. Tasa de mortalidad por TB.	18
Tabla 14. Tasa de mortalidad por suicidio.....	18
Tabla 15. Porcentaje de pacientes con diabetes controlado (HB glicosilada $< 7\%$).	19
Tabla 16. Porcentaje de captación de pacientes con hipertensión.....	20
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.....	20
Tabla 18. Superávit o Déficit Fiscal.	21
Tabla 19. Índice de liquidez.....	22
Tabla 22. Porcentaje de variación de ingresos por ventas por evento.	24
Tabla 26. Número de proyectos de investigación ejecutados por medio de convenio docente asistencial.....	29
Tabla 27. Porcentaje de cumplimiento del plan para la gestión del conocimiento y la innovación de la vigencia.	29
Tabla 28. Porcentaje de cumplimiento del cronograma de participación social y comunitaria.....	30
Tabla 29. Proporción de satisfacción global de los usuarios de la ESE – General.....	31
Tabla 30. Número de IPS intervenidas en infraestructura en el periodo evaluado.....	32
Tabla 31. Resultado cuantitativo de la evaluación externa de acreditación.	33
Tabla 32. Sistema de gestión implementado.....	34
Tabla 33. Sistema de gestión implementado.....	34
Tabla 34. Cumplimiento $\geq 90\%$ del plan anual de humanización.	35
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..	36

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo General.

Evaluar el grado de cumplimiento del Plan Operativo Anual (POA) correspondiente al segundo trimestre de la vigencia 2026 de la Red de Salud del Centro E.S.E., mediante el seguimiento y análisis de los indicadores estratégicos, metas e iniciativas institucionales, con el fin de generar información confiable y oportuna que fortalezca la toma de decisiones, la mejora continua de la gestión institucional y el cumplimiento de los objetivos establecidos.

1.2 Objetivo Específico.

- Realizar el seguimiento al comportamiento de los indicadores definidos en el Plan Operativo Anual (POA), verificando el nivel de cumplimiento de las metas programadas para el segundo trimestre de la vigencia 2026.
- Analizar los resultados alcanzados en cada uno de los cinco ejes estratégicos institucionales, identificando avances, oportunidades de mejora, riesgos y factores que inciden en el cumplimiento de los objetivos estratégicos.
- Evaluar la ejecución física y financiera de las actividades programadas, determinando su contribución al logro de los resultados institucionales y a la sostenibilidad de la entidad.
- Proporcionar información técnica, objetiva y basada en evidencia que apoye la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección y la Junta Directiva, orientada al fortalecimiento del desempeño institucional.

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

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 segundo trimestre del año 2026, “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.

Nº	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.

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

2. RESULTADOS DE SEGUIMIENTO POR EJE ESTRATÉGICO

2.1. 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 segundo trimestre del año 2026 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: 25. Cálculo indicador: $(0/25) * 100.000$ Resultado: 0	0	100%

Fuente: Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 25. Año 2026.

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

✓ **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 segundo trimestre del año 2026, no se registraron casos de mortalidad perinatal, lo que registra un cumplimiento a las metas para el Distrito de Santiago de Cali.

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 más el número de muertes fetales: 25. Cálculo indicador: $(0/25) * 1.000$ Resultado: 0	0	100%

Fuente: Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 25. Año 2026.

✓ **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 - EIS - Bajo peso al Nacer (BPN), se resalta que la Red de Salud del Centro E.S.E, no registra Bajos pesos al nacer para el segundo trimestre del año 2026; 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.

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 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: 25 Cálculo indicador: $(0/25) * 100$ Resultado: 0%	0	100%

Fuente: Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 25. Año 2026.

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

El indicador tiene como objetivo monitorear la transmisión vertical del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los niños menores de 18 meses hijos de madres viviendo con VIH de usuarios adscritos a la Red de Salud del Centro E.S.E.

Durante el segundo trimestre del 2026, la Red de Salud del Centro E.S.E. ha mantenido un resultado del 0% de transmisión vertical materno infantil del VIH, sin registrarse casos de niños menores de 18 meses hijos de madres viviendo con VIH diagnosticados con infección por el virus. Asimismo, durante los periodos evaluados no se identificó población expuesta objeto de seguimiento, manteniéndose el cumplimiento de la meta institucional y evidenciando un comportamiento epidemiológico favorable.

La ausencia de casos refleja el fortalecimiento de las acciones institucionales dirigidas a la prevención de la transmisión vertical, especialmente mediante la captación temprana de gestantes, el acceso oportuno a los controles prenatales, la articulación con la Ruta Materno Perinatal, la realización del tamizaje para VIH durante la gestación y la implementación de intervenciones oportunas cuando se identifica una gestante con diagnóstico confirmado.

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° 25. Año 2026.

✓ **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 cinco años, considerando que este evento es prevenible mediante la implementación de acciones oportunas desde la gestión de riesgo en salud, la implementación de protección específica, detección temprana y atención integral según el curso de vida. La meta del indicador se encuentra fundamentada en el desempeño histórico nacional y departamental reportado por el Observatorio Nacional de Calidad en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.

Durante el segundo trimestre de la vigencia 2026, la Red de Salud del Centro E.S.E. no registró muertes por desnutrición en menores de cinco años, alcanzando una tasa de 0,0% en una población evaluada de 5.462 niños y niñas menores de cinco años, resultado que evidencia el cumplimiento de la meta institucional definida para este indicador y un comportamiento epidemiológico favorable frente a este evento de interés en salud pública.

Lo anterior, refleja el resultado frente al fortalecimiento de las estrategias institucionales de gestión del riesgo en salud, orientadas a la identificación temprana de alteraciones del estado nutricional, seguimiento continuo de los casos de desnutrición aguda, protección específica y el trabajo coordinado entre los equipos interdisciplinarios de especialistas, medicina general y enfermería. Asimismo, el mantenimiento de una tasa de mortalidad del 0% evidencia la efectividad de las acciones desarrolladas para garantizar el acceso oportuno a la atención integral y el seguimiento de los casos notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).

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: 5.462 Cálculo indicador: (0/5.462) *100.000 Resultado: 0%	0	100%

Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 25. Año 2026.

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

El objetivo del indicador es alcanzar coberturas anuales del 95 % en la aplicación de los 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).

Para la vigencia del año 2026, la población asignada menor de un (1) año corresponde a 627 usuarios, lo que representa una meta trimestral de 157 niños vacunados. Al cierre del segundo trimestre, la Red de Salud del Centro E.S.E. registra un total acumulado de 207 menores vacunados, equivalente a un 66,03 % de cumplimiento frente a la meta programada para el primer semestre (313 niños).

Durante este periodo se mantuvieron las estrategias orientadas al fortalecimiento de las coberturas de vacunación, priorizando la búsqueda activa de menores con esquemas incompletos o sin iniciar, la recuperación de susceptibles y la realización de jornadas extramurales en zonas de difícil acceso. De igual manera, se fortaleció el seguimiento nominal y la articulación con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), optimizando la identificación y trazabilidad de la población objeto.

Estas acciones contribuyen a mejorar el acceso a los servicios de vacunación, prevenir la aparición de enfermedades inmunoprevenibles y disminuir los rezagos en la aplicación de biológicos. Asimismo, se ha fortalecido la competencia técnica del talento humano mediante procesos continuos de capacitación institucional y las jornadas mensuales de actualización lideradas por el ente territorial a través de la estrategia PAI 360, con el propósito de garantizar la calidad, seguridad y oportunidad en la prestación del servicio.

No obstante, considerando el cumplimiento alcanzado al segundo trimestre, es necesario intensificar las acciones de captación y seguimiento de la población susceptible para avanzar hacia el logro de la meta anual establecida y alcanzar las coberturas esperadas al cierre de la vigencia 2026.

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: 104 Número total de menores hasta de 1 año asignados a la ESE: 157 Cálculo indicador: $(104/157) * 100$. Resultado: 66%	≥95%	66%

Fuente: Servinte medical suite, DM&R (SRP 1) Red de Salud del Centro E.S.E. Plan Operativo Anual 2.026.

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

El objetivo de este indicador es reducir a 30 o menos la tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años. El embarazo en adolescentes y jóvenes constituye una situación multicausal que trasciende el ámbito de la salud pública, ya que se encuentra relacionado con factores sociales, económicos, culturales y educativos, entre otros. Estas condiciones pueden impactar significativamente en el sentido de vida y las oportunidades de desarrollo de la población adolescente y joven adscrita a la Red de Salud del Centro E.S.E.

Para el segundo trimestre de 2026, la Red de Salud del Centro E.S.E. registra una tasa de fecundidad de 3,94 por cada 1.000 adolescentes y jóvenes, resultado que evidencia el trabajo desarrollado en el fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos, así como en la implementación de acciones de información, educación y asesoría sobre métodos de regulación de la fecundidad, con énfasis en la doble protección para la prevención de embarazos no planeados y subsecuentes e infecciones de transmisión sexual.

No obstante, dado que este evento continúa presentándose en la población adolescente y joven, se hace necesario continuar y fortalecer las estrategias de promoción de los derechos sexuales y reproductivos. En este sentido, se continuarán ejecutando jornadas educativas e informativas, consejerías individuales y grupales, acciones de comunicación para la regulación de la fecundidad con énfasis en la doble protección, y el fortalecimiento de la estrategia de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, con el fin de contribuir a la reducción sostenida de la fecundidad en este grupo poblacional.

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	Número de nacidos vivos de madres adolescentes de 15 a 19 años durante un período determinado: 16 Total, de población de mujeres adolescentes entre 15 a 19 años de población colombiana asignada a la ESE: 4.822 Cálculo indicador: $(19/4.822) * 1000$ Resultado: 3.94	≤9,75	100%

Fuente: Base de datos nominal – Materno-perinatal. Plataforma ALMERA. Año 2026.

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

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. Durante la vigencia del segundo trimestre del año 2026, registro un 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 69 años de 11 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: 221 Total, mujeres con tamizajes anormales de 25 a 69 años: 20 Cálculo indicador: $(221/20)$ Resultado: 11 días	≤ 31 días	100%

Fuente: Programa Por ti Mujer – Base de datos Plataforma ALMERA. Año 2026.

✓ **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 segundo trimestre del 2026, la ESE Centro alcanzó un 32% de cobertura en tamizaje para cáncer de cuello uterino, evidenciando un cumplimiento del indicador del 64%

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, 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: 608 Número de mujeres de 25 a 69 años asignadas a la ESE: 1.910 Cálculo indicador: $(608 / 1.910) * 100$ Resultado: 32%	$\geq 50\%$	64%

Fuente: Programa Por ti Mujer – Base de datos Plataforma ALMERA. Año 2026

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

Este indicador tiene como objetivo, mantener en cero el porcentaje de letalidad por dengue. Durante el segundo trimestre del año 2026, 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: 13 Cálculo indicador: $(0/13) * 100$ Resultado: 0%	0	100%

Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 25. Año 2026.

✓ **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 el segundo trimestre de 2026 se registró un caso nuevo de enfermedad de Hansen, alcanzando una tasa de incidencia de 0,044 por 100.000 habitantes, superior a la meta establecida ($\leq 0,035$).

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: 2.269.983 Cálculo indicador: $(1/2.269.983 * 100.000)$ Resultado: 0,044	0,035	79.55%

Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 25. Año 2026.

✓ **Tasa de mortalidad por TB**

Este indicador tiene como objetivo, mantener en cero la tasa de mortalidad por tuberculosis. Durante el primer trimestre de 2026 no se registró muertes por tuberculosis, alcanzando un cumplimiento del 100% de la meta establecida.

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 2.269.983 Cálculo indicador: $(0 / 2.269.983) * 100000$ Resultado: 0	0	100%

Fuente: Base de Datos Aplicativo RUAF- Defunciones. Año 2026.

✓ **Tasa de mortalidad por suicidio.**

Este indicador tiene como objetivo, mantener o disminuir la tasa de mortalidad por suicidio en 0. Durante el segundo trimestre del año 2026 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: 141.247 Cálculo indicador: $(0 / 141.247) * 100000$ habitantes Resultado: 0%	0	100%

Fuente: Base de Datos. Plataforma SIVIGILA - Semana Epidemiológica N° 25. Año 2026.

✓ **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 el segundo trimestre del 2026, se evidenció un incremento en la proporción de pacientes diabéticos con control metabólico, alcanzando un nivel de cumplimiento del 51.79%.

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: 1.145 Número total de pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus a quienes les tomaron Hb1c en los últimos 6 meses: 2.211 Cálculo indicador: $(1.145/2.211)*100 = 51.79\%$	≥50%	100%

Fuente: Programa cardiovascular. Bases nominales- ALMERA. Año 2026.

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

Este indicador tiene como objetivo, Mantener ≥70% las personas con hipertensión arterial captada. Durante el segundo trimestre del año 2026 se ha evidenciado un avance en la captación de pacientes con hipertensión arterial, dando un cumplimiento del 75,15%.

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 $\geq 70\%$ las personas con hipertensión arterial captadas	Número de pacientes hipertensos inscritos al programa de riesgo cardiovascular: 19.722 Población hipertensa proyectada asignada a la ESE Centro: 26.243 Cálculo indicador: $(19.722 / 26.243) * 100$ Resultado: 75,15%	$\geq 70\%$	100 %

Fuente: Base nominal Programa Cardio Cerebro Vascular – ALMERA Año 2026.

✓ **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 2026, 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: 111 Número de pacientes que ingresan a la ESE por violencias sexuales basada en género 111 Cálculo indicador: $(111/111) * 100000$ Resultado: 100%	$\geq 90\%$	100%

Fuente: Base de datos. Plataforma Sivigila, semana epidemiológica 25. Año 2026.

2.2.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 segundo trimestre, el indicador de superávit o déficit fiscal presentó un resultado de 1,21 mayor a la meta, lo que indica que los reconocimientos están cubriendo los compromisos de la ESE para la vigencia del año 2026.

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 ≥ 1	Superávit o déficit fiscal Cálculo indicador: Reconocimiento \$ 76.564.119.111 Compromisos \$ 63.476.969.883 = 1.21	≥ 1	100%

Fuente: Plataforma SERVINTE – Modulo de presupuesto. Año 2026

✓ Índice de liquidez ≥ 1

Este indicador tiene como objetivo mantener un índice de liquidez ≥ 1 .

El indicador de liquidez tiene como objetivo mantener un índice igual o superior a 1, garantizando la capacidad de la E.S.E. para atender oportunamente sus obligaciones de corto plazo.

Durante el segundo trimestre de la vigencia 2026, el indicador registró un resultado de 1,33, superando la meta establecida (≥ 1). Este resultado se obtuvo a partir de la relación entre el activo corriente de \$66.512.178.597 y el pasivo corriente de \$50.159.028.882.

El comportamiento del indicador evidencia una adecuada capacidad financiera de la Entidad para respaldar sus compromisos corrientes, toda vez que por cada peso adeudado dispone de \$1,33 en activos corrientes para cubrir sus obligaciones de corto plazo.

Es importante señalar que el resultado se encuentra sujeto a ajustes derivados de las provisiones correspondientes a nómina, obligaciones tributarias y otros pasivos estimados. Asimismo, al cierre del 30 de junio de 2026, Adicionalmente, está pendiente

el reconocimiento de la provisión asociada a los procesos litigiosos en curso, de conformidad con el informe que deberá emitir el área jurídica.

No obstante, lo anterior, aun considerando los efectos de dichas provisiones, la Entidad mantiene un nivel de liquidez superior a la meta establecida, lo que refleja una posición financiera sólida, una gestión eficiente de los recursos y una adecuada capacidad para garantizar el cumplimiento de sus obligaciones en el 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 ≥ 1	Índice de liquidez Cálculo indicador: Activo corriente / pasivo corriente= $\$66.512.178.597 / \$50.159.028.882 = 1.33$	≥ 1	100%

Fuente: Plataforma SERVINTE – Modulo informe DM&R. Año 2026

✓ **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 II trimestre de la vigencia del año 2026, el indicador de porcentaje de radicación de cuentas por evento alcanzó un resultado del 98%, por encima de la meta establecida de $\geq 90\%$.

El valor radicado acumulado durante el II trimestre la vigencia del año 2026 asciende a \$ 2.762.908.683, frente a un valor facturado de \$ 2.807.328.980.

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/ facturado evento: $\$2.762.908.683/\$2.807.328.980 = 98\%$	$\geq 90\%$	100%

Fuente: Plataforma SERVINTE – Modulo informe DM&R. Año 2026

✓ 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 II trimestre de la vigencia del año 2026, el indicador correspondiente al porcentaje de glosa de servicios prestados por evento alcanzó un resultado de 1.2%, 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 1. 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 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 / total facturación evento: $\$ 9.870.991/ \$2.762.572.683 = 1.2\%$	$\leq 5\%$	100%

Fuente: Plataforma SERVINTE – Modulo informe DM&R. Año 2026

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

El objetivo de este indicador es incrementar en un **3 %** los ingresos generados por la venta de servicios de salud contratados bajo la modalidad de pago por evento, fortaleciendo la capacidad de generación de ingresos propios de la institución.

Durante el segundo trimestre de la vigencia 2026, el indicador presentó una disminución del 8 % en comparación con el mismo periodo de la vigencia anterior, evidenciando un comportamiento inferior a la meta establecida. Esta variación obedece principalmente a la modificación en el modelo de contratación con las EPS Sanitas y Servicio Occidental de Salud (SOS), cuyos contratos pasaron de la modalidad de pago por evento a la modalidad de capitación. Como consecuencia, una proporción importante de los servicios que anteriormente generaban facturación por evento dejó de contabilizarse dentro de este componente de ingresos, impactando negativamente el resultado del indicador.

Adicionalmente, el entorno financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud continúa representando un factor de riesgo para la sostenibilidad financiera de la institución. La intervención administrativa de un número significativo de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) ha afectado la dinámica de contratación, facturación y recaudo de los servicios prestados, incrementando la incertidumbre sobre el flujo de recursos.

De igual manera, se evidencian incumplimientos en las condiciones y términos de pago establecidos para la prestación de servicios de salud, situación que afecta la liquidez institucional y limita la capacidad financiera de la ESE para garantizar la continuidad de la operación y la inversión en el fortalecimiento de la oferta de servicios. En este contexto, el comportamiento del indicador refleja no solo cambios en el esquema contractual, sino también factores externos del sistema de salud que inciden directamente en la generación de ingresos por venta de servicios bajo la modalidad de evento.

Tabla 20. 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: 2026/ Facturación evento 2025: \$8.391.343.682/ 9.076.757.117 = -8%	≥3%	0%

Fuente: Plataforma – Ejecución presupuestal. Comparativo Año 2026 y 2025

2.3EJE N° 3: INNOVACIÓN 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 segundo trimestre del año 2026, 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 ≥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 30 actividades de 30 programadas para el segundo trimestre. Cumplimiento: 100%	≥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 de este indicador es desarrollar e implementar al menos dos (2) soluciones tecnológicas *in house* durante el periodo 2024-2027, con el propósito de disminuir la dependencia de desarrollos contratados con terceros, fortalecer la transformación digital institucional y optimizar los procesos asistenciales, administrativos y de gestión de la información.

Durante la vigencia 2026, el indicador registra un cumplimiento acumulado del 100 % de la meta establecida para el cuatrienio 2024-2027, al haberse desarrollado e implementado las dos soluciones tecnológicas programadas. Estas corresponden al **Sistema de Emergencias Médicas (SEM)**, implementado en la vigencia 2024, y al **Sistema de Referencia y Contrarreferencia**, integrado al **Sistema de Información y Comunicaciones (SICO)**, implementado durante la vigencia 2025.

La puesta en funcionamiento de estas herramientas tecnológicas ha fortalecido la capacidad institucional para la gestión de la información, facilitando el acceso oportuno a datos estratégicos para la toma de decisiones, optimizando la articulación entre los procesos asistenciales y administrativos, y mejorando la oportunidad, trazabilidad y eficiencia de la prestación de los servicios de salud. Asimismo, estos desarrollos constituyen un avance significativo en la estrategia de transformación digital de la entidad, al incrementar la autonomía tecnológica institucional, reducir la dependencia de proveedores externos y generar capacidades internas para el mantenimiento, actualización y evolución de las soluciones informáticas.

En consecuencia, el indicador mantiene un nivel de ejecución del **100 %**, garantizando el cumplimiento anticipado de la meta definida para el periodo de planeación 2024-2027 y contribuyendo al fortalecimiento de la gestión institucional mediante el desarrollo de herramientas tecnológicas alineadas con las necesidades operativas de la ESE.

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: N/A Número de desarrollos tecnológicos inhouse de aplicaciones tercerizados proyectados para la vigencia: N/A Cálculo indicador: $(0/0) * 100$ Resultado: N/A	N/A	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 desarrollar e implementar tres (3) soluciones tecnológicas anuales orientadas a la automatización de procesos administrativos y asistenciales, mediante el uso de tecnologías de Automatización Robótica de Procesos (RPA - Robotic Process Automation), con el fin de incrementar la eficiencia operativa, reducir actividades manuales repetitivas, minimizar errores, optimizar los tiempos de ejecución y fortalecer la transformación digital de la institución.

Durante la vigencia 2026, el indicador alcanzó un cumplimiento del 100 %, al desarrollarse e implementarse las tres (3) soluciones tecnológicas programadas para la vigencia. Estos desarrollos estuvieron enfocados en la automatización de procesos críticos con alto volumen operativo y corresponden a:

1. **RPA para la asignación automatizada de citas:** Esto ha permitido agilizar el proceso de programación de consultas, disminuir la intervención manual y mejorar los tiempos de respuesta en la atención de los usuarios.
2. **RPA para la gestión automatizada de archivos comprimidos,** diseñado para extraer de manera automática la información contenida en carpetas comprimidas y organizar los archivos en su ubicación correspondiente, optimizando el manejo documental y reduciendo significativamente los tiempos dedicados a esta actividad.
3. **RPA para el cargue automatizado de terapias:** facilita el proceso de registro para la autorización de servicios, disminuyendo reprocesos operativos y fortaleciendo la oportunidad en la gestión de autorizaciones.

La implementación de estas soluciones evidencia el fortalecimiento de la estrategia institucional de transformación digital, mediante la incorporación de herramientas de automatización que incrementan la productividad, estandarizan procesos y reducen la probabilidad de errores derivados de actividades manuales. Asimismo, estos desarrollos permiten optimizar el uso del talento humano, orientando sus esfuerzos hacia actividades de mayor valor agregado y contribuyendo al mejoramiento continuo de los procesos administrativos y asistenciales.

En consecuencia, el indicador registra un cumplimiento del **100 %**, reflejando el fortalecimiento de las capacidades tecnológicas institucionales y la consolidación de iniciativas de innovación que generan mayor eficiencia operativa, mejoran la calidad del servicio y aportan a la sostenibilidad de los procesos organizacionales.

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: Acta de Matriz de Priorización de Software - 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 e instituciones académicas.

Durante la vigencia del año 2026 este indicador alcanzo el cumplimiento del 100% destacando dos hitos en materia investigativa, los cuales se detallan a continuación:

- **Artículo investigativo “Diagnostic Accuracy of Molecular Testing on Saliva and Oral Swabs for Pulmonary Tuberculosis”:** estudio sobre tuberculosis (TB), enfocado en superar las limitaciones del esputo en pacientes con tos no productiva mediante el uso de muestras no invasivas. Se desarrolló un diseño de casos y controles anidado con 190 participantes de las ESE Centro, incorporando herramientas de mHealth para el seguimiento de contactos. Los hallazgos evidenciaron que la saliva alcanzó una sensibilidad del 90.5% y especificidad del 95.8%, superando a los hisopos orales (71.6% y 98.9%, respectivamente), atribuido a una mayor concentración de biomasa. Asimismo, se confirmó que el momento de recolección de la muestra no afecta significativamente la carga bacteriana, facilitando la operatividad en los servicios de salud.

El estudio mencionado (Diagnostic Accuracy of Molecular Testing on Saliva and Oral Swabs for Pulmonary Tuberculosis), de los autores Deninson Alejandro Vargas y Jose Fernando Fuertes-Bucheli, con participación de la ESE Centro, fue publicado en la revista Clinical Infectious Diseases (Universidad de Oxford), (Clinical Infectious Diseases, ciag055, <https://doi.org/10.1093/cid/ciag055>), el 12 de marzo de 2026. Este logro fortalece la proyección de la institución y respalda la implementación de estos resultados en protocolos clínicos, así como su uso en procesos de capacitación y futuras líneas de investigación en diagnóstico accesible de TB.

- **Aval institucional a proyecto de investigación (19 de marzo de 2026):** El 19 de marzo de 2026, la ESE Centro otorgó aval ético institucional al proyecto titulado “*Caracterización molecular, clínica y epidemiológica de la enfermedad mano-pie-boca en población pediátrica de Colombia: estudio observacional prospectivo*”, liderado por el Dr. Eduardo López-Medina, del Centro de Estudios en Infectología Pediátrica (CEIP). La investigación surge ante el incremento atípico de casos registrado en 2025 y tiene como objetivo identificar los serotipos circulantes (EV-A71, Coxsackie A16, A6 o A10) en ausencia de datos virológicos recientes en el país. El estudio, de tipo observacional descriptivo, contará con la participación del equipo investigador en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa para la toma de muestras biológicas y seguimiento telefónico. El comité verificó que el riesgo es mínimo y enfatizó la obligatoriedad del consentimiento informado firmado por padres o tutores, así como la viabilidad jurídica del proyecto, concluyendo con la aprobación para su ejecución en las sedes de la Red.

Tabla 21. 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 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 2026	Número de proyectos de investigación ejecutados por medio de convenios docente asistenciales: 1 Cálculo indicador: $(1/1) * 100$. Resultado: 100%	1	100%

Fuente: Área de Convenios Docencia Servicio – Subgerencia Científica

✓ **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 el 80% del Plan para la Gestión del Conocimiento y la Innovación proyectado para cada vigencia. Durante la vigencia 2025, el plan contempla un total de cinco (5) actividades. De acuerdo con la programación establecida, a la fecha se encontraban previstas tres (3) actividades, las cuales han sido ejecutadas con un cumplimiento del 100%.

Las actividades desarrolladas han permitido fortalecer la gestión del conocimiento institucional mediante la articulación con universidades para promover procesos de investigación, la definición de líneas y proyectos con apoyo de los convenios docencia-servicio e interinstitucionales, y el fortalecimiento documental de la entidad a través de la actualización de protocolos, guías de práctica clínica y demás documentos institucionales.

En consecuencia, considerando que las tres actividades programadas para el periodo evaluado fueron cumplidas en su totalidad, el indicador registra un avance del 100% a la fecha, superando la meta institucional establecida del 80% para la vigencia.

Tabla 22. 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 (3/3).	80%	100%

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

2.3. 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 2026, el avance en la implementación del cronograma de actividades definidas en la Política de Participación Social en el segundo trimestre alcanzó un 100%, correspondiente a la ejecución de 81 de las 81 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 23. 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: 100% Cálculo indicador: $(81/81) * 100$ Resultado: 100%	$\geq 95\%$	100%

Fuente: Plan de Trabajo Política de Participación Social E.S.E Centro vigencia 2026.

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

Mantener una proporción de satisfacción global de los usuarios igual o superior al 95 %, mediante el fortalecimiento de estrategias institucionales de atención humanizada, participación social, comunicación efectiva, accesibilidad y mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Durante la vigencia 2026, en el segundo trimestre, la Red de Salud del Centro E.S.E. alcanzó una proporción de satisfacción global de los usuarios del 100 %, resultado que supera la meta institucional establecida de $\geq 95\%$.

Desde el enfoque de relación con el ciudadano, este desempeño evidencia el fortalecimiento de los procesos de acompañamiento al usuario, escucha activa, orientación, educación en salud y participación social, los cuales contribuyen significativamente a generar confianza, corresponsabilidad y vínculos positivos entre la institución, los usuarios, sus familias y la comunidad.

Asimismo, el cumplimiento del indicador demuestra el impacto favorable de las estrategias institucionales orientadas a la humanización de la atención, el mejoramiento continuo de los procesos asistenciales y administrativos, y la consolidación de una cultura organizacional centrada en el respeto por los derechos de los usuarios, la equidad en el acceso y la calidad integral de los servicios de salud.

Tabla 24. 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: $(2.058/2.058) * 100$ Resultado: 100%	$\geq 95\%$	100%

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

2.4.EJE N° 5: GESTIÓN DE EXCELENCIA

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

El objetivo es intervenir la infraestructura física de al menos 3 de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la Red de Salud del Centro E.S.E., mediante proyectos de construcción, reposición, remodelación y adecuación, con el fin de fortalecer la capacidad instalada, garantizar el cumplimiento de los estándares de habilitación y acreditación en salud, y mejorar las condiciones de calidad, seguridad, funcionalidad y humanización en la prestación de los servicios.

Durante el segundo trimestre de la vigencia 2026, la Red de Salud del Centro E.S.E. alcanzó el cumplimiento del 100 % de la meta programada para la vigencia, mediante la culminación y entrega de las intervenciones de infraestructura en las IPS Aguablanca e IPS Belalcázar, fortaleciendo la capacidad instalada de la red y mejorando las condiciones físicas para la prestación de servicios de salud.

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

De manera complementaria, la institución continuó con la ejecución del proyecto de reposición del Hospital Primitivo Iglesias, el cual registra un avance de obra del 27,5 % con corte al segundo trimestre de 2026. Este proyecto estratégico se desarrolla conforme al cronograma establecido y de acuerdo con los lineamientos técnicos para infraestructura hospitalaria, incorporando criterios de funcionalidad, seguridad, accesibilidad, sostenibilidad y cumplimiento de la normatividad vigente en materia de habilitación y estándares de calidad.

En consecuencia, el indicador refleja el cumplimiento de la meta establecida para la vigencia 2026, consolidando el fortalecimiento de la infraestructura física de la Red de Salud del Centro E.S.E. y contribuyendo al mejoramiento continuo de los ambientes de atención, la seguridad de pacientes y colaboradores, así como a la prestación de servicios de salud con mayores niveles de calidad, oportunidad y resolutivez.

Tabla 25. 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 3 IPS de la Red en el marco del cumplimiento del SUA y los requisitos de habilitación	Número de IPS intervenidas en infraestructura en el periodo evaluado	1	100%

Fuente: Plan de mantenimiento general. Año 2026

✓ Resultado cuantitativo de la evaluación externa de acreditación.

El objetivo es mantener el reconocimiento de la Red de Salud del Centro E.S.E. como Institución Acreditada en Salud, garantizando una calificación igual o superior a 3,52 en la evaluación externa del Sistema Único de Acreditación durante el ciclo de acreditación de cuatro años, mediante el fortalecimiento de la cultura de calidad, la gestión por procesos, la seguridad del paciente, el mejoramiento continuo y la atención centrada en el usuario y su familia.

Durante la vigencia del segundo trimestre del año 2026, el indicador mantiene un cumplimiento del 100%, conservando el reconocimiento como Institución Acreditada en Salud, condición ratificada mediante el informe del primer seguimiento del Sistema Único de Acreditación, recibido en diciembre de 2025.

Como resultado de esta evaluación externa, la institución obtuvo una **calificación de 3,55**, superando la meta institucional establecida de **≥ 3,52**, lo que evidencia el sostenimiento de los estándares superiores de calidad exigidos por el Sistema Único de Acreditación y la consolidación de una cultura organizacional orientada al mejoramiento continuo.

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

Este resultado refleja la madurez del Sistema de Gestión de Calidad Institucional, el fortalecimiento de los procesos asistenciales y administrativos, la implementación de prácticas seguras para la atención en salud y el compromiso permanente del talento humano con la excelencia en la prestación de los servicios. Asimismo, demuestra la capacidad institucional para mantener la articulación entre el direccionamiento estratégico, la gestión clínica, la gestión del riesgo, la humanización de la atención, la seguridad del paciente y la gestión del conocimiento, pilares fundamentales del modelo de acreditación.

Durante el segundo trimestre de 2026, la institución desarrollo acciones de seguimiento, autoevaluación y mejoramiento continuo encaminadas a fortalecer el cumplimiento de los estándares de acreditación, promoviendo la sostenibilidad de los resultados alcanzados y la preparación permanente para los próximos seguimientos externos.

En consecuencia, el indicador evidencia el cumplimiento de la meta establecida para la vigencia y ratifica el compromiso de la Red de Salud del Centro E.S.E. con la excelencia, la calidad superior y la prestación de servicios de salud seguros, humanizados y centrados en las necesidades de los usuarios, sus familias y la comunidad.

Tabla 26. 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: 3.55	$\geq 3,52$	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 2026, 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 acción con asignación a ID 4161 - Avanzar con la ejecución de las actividades para implementar y mantener el sistema de Gestión Ambiental bajo la norma ISO 14001:2015 en el marco del plan de desarrollo institucional, que permita evaluar y mejorar la gestión ambiental articulada con la responsabilidad social de la institución.

Tabla 27. 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	100 %

Fuente: Plan de acción con asignación a ID 4161.

✓ **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 segundo trimestre del año 2026, se realizó la auditoria de seguimiento de la certificación en la norma ISO 45001:2018 a las sedes Luis H, Cristóbal Colon y Obrero, con ampliación de alcance a la IPS Diego Lalinde.

La Red de Salud del Centro E.S.E. recibió en el mes de junio la auditoria de ICONTEC renovando y ampliando alcance de la certificación en la norma ISO 45001:2015.

Tabla 28. 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: Plan de trabajo Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

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

Este indicador tiene como objetivo alcanzar un nivel de ejecución igual o superior al 90% de las actividades del Programa de Humanización dirigidas al cliente interno y externo.

Durante la vigencia 2026, el Programa de Humanización alcanzó en el segundo trimestre un **100% de ejecución**, superando la meta institucional establecida ($\geq 90\%$). Este resultado evidencia una gestión eficaz y un adecuado nivel de implementación de las acciones programadas.

En este periodo, bajo el liderazgo de la Dra. Natali Mosquera, Gerente, y en el marco del compromiso institucional por una salud más cercana, con excelencia y amor, se adoptó la Política Institucional de Humanización mediante la Resolución No. 1.15.124.2026 del 22 de abril de 2026. A través de esta política, la Red de Salud del Centro E.S.E. implementa el Modelo de Atención Humanizada Centrada en la Persona (AHCP), fundamentado en la excelencia técnica, la compasión proactiva y la alianza terapéutica. El modelo se estructura en tres dimensiones —colaboradores, entornos físicos humanizados y paciente familia y se operativiza mediante seis ejes estratégicos.

Tabla 29. 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: 100%	$\geq 90\%$.	100%

Fuente: Plan de trabajo institucional de humanización vigencia 2026.

✓ **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 el segundo trimestre de 2026, la Red de Salud del Centro E.S.E. continuó fortaleciendo la implementación de las estrategias institucionales orientadas a la promoción de la no discriminación y el enfoque diferencial. En este periodo se programaron 16 actividades, de las cuales se ejecutaron 15, alcanzando un cumplimiento del 94 %, resultado que supera la meta institucional establecida del 90 % y evidencia el compromiso de la entidad con la construcción de entornos de atención más inclusivos, equitativos y respetuosos de la diversidad.

Entre los principales avances se destacan la actualización de la caracterización institucional de los grupos poblacionales de especial atención, así como la revisión y fortalecimiento de lineamientos, protocolos, formatos y demás documentos institucionales para incorporar el enfoque diferencial, los ajustes razonables y el trato digno en los procesos de atención. De igual manera, se fortaleció la articulación interinstitucional con entidades territoriales, organizaciones comunitarias y actores sociales, promoviendo el trabajo colaborativo para la implementación de acciones orientadas a garantizar la inclusión y la no discriminación en los servicios de salud.

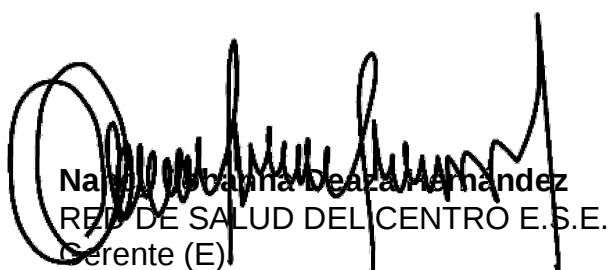
Asimismo, se desarrollaron actividades de educación, capacitación y sensibilización dirigidas a colaboradores, usuarios, familias y cuidadores, enfocadas en la promoción de los derechos en salud, la inclusión, el respeto por la diversidad y el conocimiento de los canales institucionales de atención. Estas acciones contribuyeron al fortalecimiento de una atención más humanizada, accesible y centrada en las necesidades de las poblaciones de especial atención, consolidando el compromiso institucional con la equidad y el respeto por los derechos de los usuarios.

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 30. 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: 94%	$\geq 90\%$.	100%

Fuente: Plan de trabajo de enfoque diferencial y no discriminación.



Nancy Johanna Deaza Hernández
RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.
Gerente (E)

	Nombre	Cargo y/o actividad	Firma
Aprobó	Nancy Johanna Deaza Hernández	Gerente (E)	
Revisó	Jhon Faber Ramírez Gracia	Subgerente Científica y Asistencial	
Revisó	Ángela 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.

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