

JUNTA EXTRA-ORDINARIA
ACTA No. 009 DEL 22 de Abril de 2026

En Bogotá D. C, a los 22 días del mes de Abril de 2026, siendo las 07:00 A.M., se da inicio a la sesión extraordinaria de Junta Directiva del Hospital Universitario de la Samaritana con la participación de los integrantes que a continuación se relacionan:

Dr. Luis Armando Rojas Quevedo	Delegado del Señor Gobernador de Cundinamarca – Virtual
Dra. María Edith Cotrina Rodríguez	Delegado de la Secretaría de Salud de Cundinamarca – Virtual
Dr. Miguel Darío Rico Acosta	Representante de los Profesores Eméritos – Virtual
Señor Hernando Gómez Bautista	Representante Asociación de Usuarios – Virtual
Señor Hernan Orlando Mahecha Camacho	Representante Gremios de Producción
Dr. Jorge Andrés López Quintero	Representante Legal Hospital Universitario de la Samaritana Secretario Técnico de Junta Directiva

Invitado: Ingeniero Leonardo Duarte Díaz – Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad.

ORDEN DEL DÍA

- 1 - Llamada a lista y verificación del Quórum.
- 2 - Lectura y Aprobación del orden del día.
- 3 - Elección de secretario Ad Hoc entre los miembros de la Junta Directiva.
- 4 - Evaluación del informe anual de ejecución del Plan De Gestión periodo 1 de Enero de 2025 al 31 de Diciembre de 2025 del gerente de la Empresa Social Del Estado Hospital Universitario De La Samaritana.
- 5 - Lectura y aprobación del Acuerdo No. 16, Por medio del cual se Aprueba La Evaluación Del Informe Anual De Ejecución Plan De Gestión 2024-2028, Periodo 01 De Enero A 31 De Diciembre De 2025 Presentado Por El Gerente De La Empresa Social Del Estado Hospital Universitario De La Samaritana.
- 6- Lectura y aprobación del acta del día.

1. LLAMADA A LISTA Y VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM

Dr. Luis Armando Rojas Quevedo Delegado del Señor Gobernador de Cundinamarca, confirma que se cuenta con quórum decisorio y deliberatorio, participando, Dra. María Edith Cotrina Rodríguez, Dr. Miguel Darío Rico, Señor Hernando Gómez Bautista Pabón y Señor Hernan Orlando Mahecha Camacho, todos los miembros de juntas de manera virtual.

2. LECTURA Y APROBACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA.

Puesto en consideración el orden del día por el Dr. Luis Armando Rojas Quevedo, presidente, fue **APROBADO** por unanimidad por los cinco integrantes de la Junta Directiva.

3. ELECCIÓN DE SECRETARIO AD HOC ENTRE LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA.

De acuerdo a las recomendaciones del Ministerio de Salud respecto a la Evaluación del Plan De Gestión del Gerente, se determina elegir un secretario Ad Hoc entre los miembros de la Junta Directiva.

Se ha elegido como secretario Ad Hoc por unanimidad a la Doctora Dra. María Edith Cotrina Rodríguez - Delegado de la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

4. EVALUACIÓN DEL INFORME ANUAL DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN PERIODO 1 DE ENERO DE 2025 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 DEL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.

El Presidente informa a los miembros de la Junta Directiva que el Gerente envió el Informe Anual en medio magnético y físico con sus respectivos soportes dentro de la fecha establecida normativamente.

La presentación del informe es presentado por el Ingeniero Leonardo Duarte Díaz – Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad.

En cumplimiento de lo establecido en la Ley 1438 de 2011 y la normatividad vigente del sector salud, se presenta la evaluación del Plan de Gestión correspondiente a la vigencia 2025, enmarcada en el Plan Estratégico 2024–2028 aprobado por la Junta Directiva.

Durante esta vigencia, la gestión institucional se orientó al fortalecimiento de la sostenibilidad financiera, la optimización de los procesos administrativos y el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios de salud, en un entorno caracterizado por alta demanda asistencial y retos estructurales del sistema.

La evaluación se desarrolló bajo los lineamientos metodológicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (Resoluciones 710 de 2012 y 408 de 2018), permitiendo medir de manera objetiva el desempeño institucional a través de indicadores estratégicos.

El análisis integral evidencia que la gestión hospitalaria ha mantenido una orientación hacia resultados, con énfasis en:

- El equilibrio financiero y la eficiencia en el uso de los recursos públicos.
- El fortalecimiento de la calidad, seguridad del paciente y oportunidad en la atención.
- La consolidación de procesos administrativos que favorecen la sostenibilidad institucional.
- La generación de valor social mediante una prestación de servicios humanizada y centrada en el usuario.

La estructura de evaluación contempla 20 indicadores distribuidos en tres áreas estratégicas: Dirección y Gerencia (20%), Administrativa y Financiera (40%) y Gestión Clínica o Asistencial (40%), lo que permite una visión integral del desempeño de la entidad.

Este informe constituye un insumo técnico para la toma de decisiones por parte de la Junta Directiva y los entes de control, facilitando el seguimiento a la gestión gerencial, la identificación de oportunidades de mejora y la consolidación del Hospital como referente en la prestación de servicios de alta complejidad en el departamento de Cundinamarca.

196
S
M



Indicador No. 1 - Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas.

Como evidencia, se presenta el certificado de acreditación del ICONTEC, tenemos un tiempo de aprobación de 2023 con fecha de vencimiento 2027, esta es la evidencia en el indicador que mantenemos la acreditación.

Para este indicador Hospital Acreditado

Indicador No. 2 - Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.

Se presenta la evidencia de la calificación de la Superintendencia de Salud en relación al indicador, se evidencia. Grupo C1, Indicador 2 calificación de 0.97.

Para este indicador 0.97

Donde el Dr. Jorge Andrés López Gerente, indica que se tuvieron en cuenta los resultados de la Autoevaluación de Acreditación para priorizar estándar por estándar las actividades que se registraron en la plataforma de la Superintendencia de acuerdo a lo establecido en la Circular externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud y los resultados se registraron antes de la fecha de cierre el 28 de febrero del presente año, registrando los soportes para su evaluación.

Se entrega como evidencia soporte del reporte de la Superintendencia Nacional de Salud- Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional, REPORTE DE INDICADORES ESE RESOLUCIÓN 408 DE 2018, INDICADOR N° 2 - DIRECCIÓN Y GERENCIA

De un total de 300 metas programadas, reportaron 290 metas cumplidas dando un resultado de 97%.

Indicador No. 3 - Gestión de ejecución del Plan de Operativo Institucional

Luego se sustenta el Indicador No. 3 Gestión de ejecución del Plan de Operativo Institucional POA donde se entrega el Acuerdo de aprobación de resultados al seguimiento del Plan de Operativo en salud 2024 y por parte de la Junta se hace la observación de que las metas cumplidas se revisan las dimensiones del Plan Decenal de salud Pública, sus metas de producto y se miden solamente las ejecutadas del 100%. Se revisan las metas encontrándose para los procesos Direccionamiento, Misional, Apoyo y Gestión.

Se presenta el Acuerdo No.011 del 31 de marzo de 2026, se aprobó por parte de la Junta Directiva, el resultado ponderado y las metas que se obtuvieron al 100%.

Resultado ponderado y las metas

SAMARITANA					
PROCESO	Peso Porcentual Esperado	Metas de Producto Anual	Metas Cumplidas	Porcentaje de Cumplimiento	Cumplimiento Ponderado
DIRECCIONAMIENTO	15%	3	3	100%	15%
MISIONALES	60%	8	8	100%	60%
DE APOYO	15%	16	13	81.3%	12.2%
DE EVALUACIÓN	10%	3	3	100%	10%

De 30 metas, 27 fueron cumplidas

197
[Handwritten signature]



REGIONAL					
PROCESO	Peso Porcentual Esperado	Metas de Producto Anual	Metas Cumplidas	Porcentaje de Cumplimiento	Cumplimiento Ponderado
DIRECCIONAMIENTO	15%	5	5	100%	15%
MISIONALES	60%	4	4	100%	60%
DE APOYO	15%	6	6	100%	15%
DE EVALUACIÓN	10%	3	3	100%	10%

18 metas, 18 fueron cumplidas

UNIDAD FUNCIONAL					
PROCESO	Peso Porcentual Esperado	Metas de Producto Anual	Metas Cumplidas	Porcentaje de Cumplimiento	Cumplimiento Ponderado
DIRECCIONAMIENTO	15%	5	5	100%	15%
MISIONALES	60%	28	20	71.42%	42,85%
DE APOYO	15%	5	4	80%	12%
DE EVALUACIÓN	10%	5	5	100%	10%

43 metas, 34 fueron cumplidas

RESULTADOS POA RED SAMARITANA	% METAS CUMPLIDAS	% PONDERADO
Resultado POA Hospital Universitario de la Samaritana	90%	97.2%
Resultado POA Hospital Regional de Zipaquirá	100%	100%
Resultado POA Unidad Funcional de Zipaquirá	79%	79.85%
Total ejecución año 2025	90%	92.33%

Para este indicador 90%

Indicador No. 4 - Riesgo Fiscal y Financiero

Se procede a publicar la Resolución 1122 de 2025 del Ministerio de Salud donde aparece el resumen de todas las resoluciones año por año del riesgo fiscal y financiero, y se confirma en la ficha técnica que la institución quedó calificada sin ningún riesgo de tal manera que el indicador no se aplica.

Indicador No. 5 - Evolución del gasto por Unidad de valor relativo producida.

Donde los miembros de la junta verifican las cifras que están en la Ficha Técnica del SIHO. El resultado de este indicador se calcula dividiendo el valor de la vigencia 2025 el cual es de 11.657 sobre el valor de la vigencia 2024 el cual es de 11821, dicha relación da un resultado de 0,98.

Indicador No. 6 - Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de Cooperativas de empresas sociales del estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.

Se presenta la certificación de parte de Revisoría Fiscal, donde informa de los medicamentos y material médico quirúrgico, comprado o adquirido mediante mecanismo de compra conjunta. Este indicador mide lo

que se haya comprado en estos dos rubros con otras empresas sociales del Estado o Cooperativas de hospitales, empresas sociales del Estado o a través de mecanismos electrónicos, hoy Colombia compra eficiente, definidos como subasta inversa.

El Hospital universitario de la Samaritana realizó bajo el mecanismo de compras conjuntas para medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia 2025 en un porcentaje del 19.9% del Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia.

Indicador No.7 - Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.

Se verifica la certificación expedida por el Revisor Fiscal, que se encuentra a paz y salvo con las obligaciones laborales por todo concepto para el personal de planta y para el personal que no figura en planta a través de órdenes de prestación de servicios a corte de 31 de diciembre de 2025. Se concluye que la deuda es cero (0).

Indicador No.8 - Utilización de información de registro individual de prestaciones (RIPS).

La presentación de RIPS ante la Junta Directiva del primer trimestre del año 2025 fue el 26 de junio, segundo del año 2025 fue el 15 de agosto, tercer trimestre del año 2025 fue el 30 de enero de 2026 y del cuarto trimestre del 2025 se presentó en la Junta Directiva fue el 27 de marzo 2026.

Fueron presentados ante la Junta Directiva los cuatro informes de RIPS de la vigencia 2025.

Indicador No. 9 - Resultado equilibrio presupuestal con Recaudo.

Resultado Indicador: Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias, 421.263.475.283/ 386.646.343.190, esta información fue validada con la ficha técnica del Sistema de Información Hospitalaria SIHO.

Resultado equilibrio presupuestal con recaudo 1.09

Indicador No.10 - Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.

Se presenta Resolución de la Superintendencia de Salud donde se evidencia, que el Hospital Universitario de la Samaritana Grupo C1 en relación con el indicador 10 la calificación se ubica en **Cumple**.

Se entrega como evidencia soporte del reporte de la Superintendencia Nacional de Salud- Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional, REPORTE DE INDICADORES ESE RESOLUCIÓN 408 DE 2018, INDICADOR N° 10 - FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA.

Indicador No.11 - Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.

Se entregan los pantallazos de la entrega de la información en los plazos establecidos, se da validez a las fechas indicadas en la consulta en el SIHO información reportada en las condiciones establecidas en los artículos 2 y 5 del decreto 2193 de 2004. Según esta certificación se evidencia que la ESE realizó el reporte

que se haya comprado en estos dos rubros con otras empresas sociales del Estado o Cooperativas de hospitales, empresas sociales del Estado o a través de mecanismos electrónicos, hoy Colombia compra eficiente, definidos como subasta inversa.

El Hospital universitario de la Samaritana realizó bajo el mecanismo de compras conjuntas para medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia 2025 en un porcentaje del 19.9% del Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia.

Indicador No.7 - Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.

Se verifica la certificación expedida por el Revisor Fiscal, que se encuentra a paz y salvo con las obligaciones laborales por todo concepto para el personal de planta y para el personal que no figura en planta a través de órdenes de prestación de servicios a corte de 31 de diciembre de 2025. Se concluye que la deuda es cero (0).

Indicador No.8 - Utilización de información de registro individual de prestaciones (RIPS).

La presentación de RIPS ante la Junta Directiva del primer trimestre del año 2025 fue el 26 de junio, segundo del año 2025 fue el 15 de agosto, tercer trimestre del año 2025 fue el 30 de enero de 2026 y del cuarto trimestre del 2025 se presentó en la Junta Directiva fue el 27 de marzo 2026.

Fueron presentados ante la Junta Directiva los cuatro informes de RIPS de la vigencia 2025.

Indicador No. 9 - Resultado equilibrio presupuestal con Recaudo.

Resultado Indicador: Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias, 421.263.475.283/ 386.646.343.190, esta información fue validada con la ficha técnica del Sistema de Información Hospitalaria SIHO.

Resultado equilibrio presupuestal con recaudo 1.09

Indicador No.10 - Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.

Se presenta Resolución de la Superintendencia de Salud donde se evidencia, que el Hospital Universitario de la Samaritana Grupo C1 en relación con el indicador 10 la calificación se ubica en **Cumple**.

Se entrega como evidencia soporte del reporte de la Superintendencia Nacional de Salud- Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional, REPORTE DE INDICADORES ESE RESOLUCIÓN 408 DE 2018, INDICADOR N° 10 - FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA.

Indicador No.11 - Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.

Se entregan los pantallazos de la entrega de la información en los plazos establecidos, se da validez a las fechas indicadas en la consulta en el SIHO información reportada en las condiciones establecidas en los artículos 2 y 5 del decreto 2193 de 2004. Según esta certificación se evidencia que la ESE realizó el reporte

Oportuno, que el soporte para este indicador se toma del resumen de la ficha técnica donde indica que **CUMPLE**

Se considera que una ESE presentó oportunamente la información, si los cuatro informes trimestrales de 2025 de que trata la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, fueron entregados oportunamente al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de las Direcciones Territoriales de Salud.

Indicador No.12 - Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.

Para el análisis del presente indicador se revisó la base de datos, generada por la Subdirección de Sistemas, con fuente de información: Reporte de Dinámica Gerencial (DGH)-módulo de historia clínica "Calificación HC trastornos hipertensivos del embarazo" y "Hemorragia"; se realiza el cruce de la información con la base de datos del SIVIGILA, del periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2025, teniendo en cuenta las variables de atención desde la solicitud de la valoración hasta el egreso de la paciente.

Para la evaluación de las historias clínicas se tuvo en cuenta la base de datos del periodo 1 de enero al 31 de diciembre de 2025, pacientes con diagnóstico de egreso por Trastornos Hipertensivos en la Gestación y hemorragia, la Resolución institucional 317 del 26 de junio del 2023, por medio de la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica para la Empresa Social del estado HUS Bogotá y UFZ Unidad funciona, por medio de Resolución 120 de 2025 18 de marzo 2025 se adoptan las de HRZ Regional, la Guía detección de complicaciones del Embarazo parto y puerperio del Ministerio de Salud del 2013 sección trastornos hipertensivos y lo reportado en las actas del comité de Historias clínicas: N° 06 del 29 de mayo de 2025, N° 09 28 de agosto de 2025, N° 13 del 27 de noviembre de 2025 y N° 01 del 29 de enero de 2026, junto con el certificado de análisis y seguimiento del indicador por el comité de historias clínicas.

Se verificaron en total 353 historias clínicas de las cuales cumplieron 348 con un resultado de 0.98, Las cinco (5) historias clínicas que evidenciaron bajo nivel de adherencia se encuentran asociadas principalmente a la administración de sulfato de magnesio por vía intravenosa en gestantes con preeclampsia severa, como medida preventiva de episodios eclámpticos, así como a inconsistencias en la periodicidad del monitoreo de la presión arterial.

Indicador No.13 - Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.

Para el análisis del presente indicador se revisó la base de datos, del periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2025, generada por la Subdirección de Sistemas, con base en los datos registrados desde el momento en que se genera la solicitud de la valoración del paciente y el egreso del paciente.

Se obtuvo un resultado del 0.91 para el año 2025, donde se realizó la verificación a un total de 578 historias clínicas, de los cuales cumplieron con los criterios 529, asimismo se validó que no cumplieron 49 con la aplicación de la guía.

Se eligieron sólo los pacientes con diagnósticos de egreso CIE-10: N390 infección de vías urinarias, sitio no especificado, O231 infección de la vejiga urinaria en el embarazo, O233 infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo y O234 infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo, en la que se utilizó la siguiente fórmula:

La primera causa de egreso para el HUS y HR; infección de vías urinarias. Para el UFZ Parto

Del listado total de pacientes que generó el reporteador de Dinámica Gerencial con diagnósticos descritos anteriormente, se excluyeron por los siguientes motivos: se descartó el diagnóstico, fallecido, diagnóstico no claro, el diagnóstico no corresponde, Duplicado, Solicita Salida Voluntaria, con Tratamiento antibiótico extrahospitalario, remitidos con tratamiento antibiótico.

Indicador No.14 - Oportunidad en la realización de Apendicetomía.

Para el análisis del presente indicador se revisó la base de datos, generada por la Subdirección de Sistemas, con fuente de información: "Reporte de Dinámica Gerencial (DGH)-módulo @Dirección científica reporte de apendicetomía; del periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2025, se revisó la base de datos de pacientes con registro en historia clínica de "Apendicetomía", a partir de los diagnósticos de egreso con los códigos CIE 10.

Se obtuvo un resultado del 0,95 para la vigencia 2025, donde se validaron 702 historias clínicas, es decir el 100% objeto de evaluación, de las cuales 671 cumplieron, con la oportunidad de apendicetomía igual o menor a seis (6) horas, tomando como tiempos desde el momento en que se generó la solicitud de procedimiento quirúrgico y el inicio de la cirugía consignado en la descripción quirúrgica.

Indicador No.15 - Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.

En consulta realizada al módulo de historias clínicas de Dinámica Gerencial Hospitalaria y los diagnósticos que arroja por códigos CIE10 durante el año 2025; no se presentaron casos de Neumonía Broncoaspirativas en el Recién Nacido de origen intrahospitalario, cumpliendo con el estándar normativo establecido, sin variación respecto a la vigencia anterior.

Indicador No.16 - Oportunidad en la atención específica con pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

Para el periodo del 1 enero al 31 de diciembre del año 2025, se revisó por el grupo de Auditoría la base de datos de pacientes atendidos por Infarto Agudo de Miocardio (IAM), generada por el Sistema de Información Dinámica Gerencial (módulo de historias clínicas), con los siguientes diagnósticos de egreso hospitalario (códigos de CIE-10).

A nivel Institucional se adoptó mediante la Resolución institucional 317 del 26 de junio del 2023, por medio de la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica para la Empresa Social del estado HUS Bogotá y UFZ Unidad funciona, por medio de Resolución 120 de 2025 18 de marzo 2025 se adoptan las de HRZ Regional. La GPC - Síndrome Coronario Agudo del Ministerio de Salud y Protección Social (UDEA_IETS) y se implementó mediante los instrumentos de priorización definidos por la entidad. También se realizó socialización por el líder del servicio de urgencias en la que se unificaron criterios y pautas para el diagnóstico y tratamiento del IAM.

Se obtuvo un resultado del 0.96 para el año 2025, se realizó la verificación a un total de 164 historias clínicas; de los cuales cumplieron con los criterios 158.

Del listado pacientes que generó el reportador de Dinámica Gerencial con diagnósticos descrito anteriormente, se descartaron los siguientes motivos: Paciente con manejo inicial otra institución, Llevado a Cateterismo, duplicado.

Indicador No.17 - Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.

Para el periodo del 1 enero al 31 de diciembre del año 2025, se revisó la base de datos de mortalidad intrahospitalaria, seleccionando las de tiempo igual o mayor a 48 horas, como también lo registrado en el libro oficial de egresos del servicio de patología (morgue).

En el periodo mencionado se presentaron 593 fallecimientos intrahospitalarios con tiempo igual o mayor a 48 horas, de los cuales fueron analizados de manera individual el 100% de los casos, en el formato establecido por la institución (05PH15), por parte de cada especialidad o servicio, dando un resultado de 1.

Indicador No.18 - Oportunidad en la atención de consulta de Pediatría.

El indicador de tiempo promedio de espera para la asignación de citas de pediatría de primera vez es fundamental para evaluar la eficiencia y accesibilidad del servicio de Consulta Externa en el Hospital Universitario de la Samaritana. Durante el año 2025, el resultado obtenido fue de 1.2 días.

Los reportes del Servicio de Asignación de Citas y la ficha técnica del SIHO, respaldan la transparencia y confiabilidad del dato anteriormente presentado.

Indicador No.19 - Oportunidad en la atención Ginecobstetricia.

El tiempo promedio de espera para la asignación de citas de obstetricia es un indicador fundamental que refleja la eficiencia en la atención a mujeres gestantes, garantizando el acceso oportuno a controles prenatales y seguimiento especializado. Durante el año 2025, el Hospital Universitario de la Samaritana registró un tiempo promedio de **0.7 días**.

Los reportes del Servicio de Asignación de Citas y la ficha técnica del SIHO, respaldan la transparencia y confiabilidad del dato anteriormente presentado.

Indicador No.20 - Oportunidad en la atención de Medicina Interna.

El tiempo promedio de espera para la asignación de citas de Medicina Interna es un indicador crítico que refleja la eficiencia en la atención a pacientes adultos con patologías complejas, garantizando el acceso oportuno a diagnósticos y tratamientos especializados. Durante el año 2025, el Hospital Universitario de la Samaritana registró un tiempo promedio de **1.2 días**.

Los reportes del Servicio de Asignación de Citas y la ficha técnica del SIHO, respaldan la transparencia y confiabilidad del dato anteriormente presentado.

Luego de revisados y evaluados todos los indicadores de la matriz de evaluación, la Presidencia hace una verificación con los miembros de la Junta sobre la calificación generada para cada Indicador:

Área de gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k*l
Dirección y gerencia 20%	1	Nivel II	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas	Hospital Acreditado	Hospital Acreditado	5	0,05	0,25
		Nivel II	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	N.A.	N.A	N.A	N.A	
		Nivel II	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior	N.A.	N.A	N.A	N.A	
	2	Nivel II	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en salud	0,92	0,97	5	0,05	0,25
	3	Nivel II	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	0,83	0,909	5	0,10	0,50
Financiera y administrati va 40%	4	Nivel II	Riesgo fiscal y financiero	Sin Riesgo	No es aplicable			
	5	Nivel II	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	0,91	0,98	3	0,057	0,17
	6	Nivel II	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas 2. compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. compras a través de mecanismo electrónicos	0	19,9%	0	0,057	0,00
	7	Nivel II	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	0	0	5	0,057	0,29
	8	Nivel II	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	4	4	5	0,057	0,29
	9	Nivel II	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0,95	1,09	5	0,057	0,29
	10	Nivel II	Oportunidad en la entrega del reporte de información en el reporte de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	No cumple	Cumple	5	0,057	0,29
	11	Nivel II	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Oportuno	Oportuno	5	0,057	0,29
Gestión clínica o asistencial 40%	12	Nivel II	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos	0,98	0,98	5	0,07	0,35

Area de gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
			gestantes					
	13	Nivel II	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	0,89	0,91	5	0,05	0,25
	14	Nivel II	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	0,96	0,95	5	0,05	0,25
	15	Nivel II	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0	0	5	0,05	0,25
	16	Nivel II	Oportunidad en la atención específica con pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	0,98	0,96	5	0,05	0,25
	17	Nivel II	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	1	1	5	0,05	0,25
	18	Nivel II	Oportunidad en la atención de consulta de Pediatría	1,9	1,2	5	0,03	0,15
	19	Nivel II	Oportunidad en la atención Ginecobstetricia	3,7	0,7	5	0,03	0,15
	20	Nivel II	Oportunidad en la atención de Medicina Interna	4,7	1,2	5	0,02	0,10
								4,60

5 - LECTURA Y APROBACIÓN DEL ACUERDO NO. 16, POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA LA EVALUACIÓN DEL INFORME ANUAL DE EJECUCIÓN PLAN DE GESTIÓN 2024-2028, PERIODO 01 DE ENERO A 31 DE DICIEMBRE DE 2025 PRESENTADO POR EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.

El Ingeniero Leonardo Duarte Díaz, Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad, dio lectura al Acuerdo No. 016 de 2026. Una vez leído, este fue sometido a consideración de los miembros de la Junta Directiva, quienes lo aprobaron por unanimidad los integrantes de la Junta Directiva.

En cuanto a la evaluación del Plan de Gestión 2024-2028 para el período comprendido entre el 1° de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025, correspondiente a la gestión realizada por el Doctor Jorge Andrés López Quintero, en su calidad de Gerente de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, esta se llevó a cabo en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, y Gestión Clínica o Asistencial. La evaluación se fundamentó en lo dispuesto por los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, así como en las resoluciones expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social: Resolución No. 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, y Resoluciones 408 y 1097 de 2018. Estas normas reglamentan las condiciones y la metodología para la elaboración y presentación del Informe de Ejecución del Plan de Gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, así como su posterior evaluación por parte de la Junta Directiva.

Como resultado de este proceso, se obtuvo una calificación de 4.60, establecida en el criterio de SATISFACTORIA.

Siendo las 7:45 a. m., se suspende la reunión para proceder con la elaboración y validación de la presente acta.

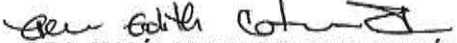
Se retoma la sesión de la Junta Directiva a las 8:30 a. m., para continuar con el orden del día, los integrantes de la Junta Directiva solicitaron el ingreso del Doctor Jorge Andrés López Quintero, Gerente del Hospital Universitario de la Samaritana, con el fin de notificarle el resultado de la calificación Satisfactoria aprobada mediante el Acuerdo No. 016 de 2026.

6- LECTURA Y APROBACIÓN DEL ACTA DEL DÍA.

Se pone a consideración el Acta No. 009 del 22 de abril de 2026, la cual es Aprobada por Unanimidad de los integrantes de la Junta Directiva.

No siendo más el objeto de la reunión se da por terminada la Junta Directiva, siendo las 8:40 am. del 22 de abril de 2026.


DR. LUIS ARMANDO ROJAS QUEVEDO
Presidente


DRA. MARÍA EDITH COTRINA RODRÍGUEZ
Secretario Ad - Hoc