

EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN RESOLUCIÓN 408 DE 2018



JORGE ANDRÉS LÓPEZ QUINTERO

GERENTE

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

Presentado a la Honorable Junta Directiva

Dr. LUIS ARMANDO ROJAS QUEVEDO
DELEGADO DEL GOBERNADOR DE CUNDINAMARCA

DR. NODIER MARTÍN FERRO
DELEGADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

JF. CARLOS HARVEY JAIMES
REPRESENTANTE DEL SECTOR CIENTÍFICO

SR HERNANDO GOMEZ BAUTISTA
REPRESENTANTE DE LOS USUARIOS

SR HERNAN ORLANDO MAHECHA
REPRESENTANTE DE LOS GREMIOS DE PRODUCCIÓN

DR. MIGUEL DARIO RICO ACOSTA
REPRESENTANTE DE LOS PROFESORES EMÉRITOS

AÑO 2025

INTRODUCCIÓN

En un entorno de salud caracterizado por transformaciones estructurales, volatilidad financiera y una creciente demanda de servicios de alta complejidad, la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) asume el liderazgo institucional mediante una planeación estratégica orientada al logro de resultados en salud. La gestión hospitalaria moderna exige una visión anticipatoria que mitigue riesgos, optimice el uso de los recursos públicos y garantice la eficiencia operativa en un ecosistema de salud cada vez más exigente.

La dinámica actual, marcada por reformas normativas y la reconfiguración del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), impone al HUS la necesidad de convertir los desafíos en oportunidades de fortalecimiento. Bajo esta premisa, el Plan de Gestión 2024-2028 se constituye como el instrumento rector que consolida los compromisos de la Gerencia ante la Junta Directiva, alineando los objetivos institucionales con los estándares de calidad, viabilidad financiera y responsabilidad social.

Marco Normativo y Soporte Institucional

El presente documento de evaluación se fundamenta en el rigor técnico establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social. En cumplimiento de la Ley 1438 de 2011 y bajo las directrices metodológicas de las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018, se estructuran los indicadores de gestión que permiten medir objetivamente el desempeño institucional.

Es importante destacar que el Plan de Gestión de la Gerencia para el cuatrienio 2024-2028 fue presentado y aprobado por unanimidad mediante el Acta de Junta Directiva No. 011 del 30 de mayo de 2024, ratificando el respaldo del máximo órgano de dirección a la hoja de ruta trazada por la actual administración.

Liderazgo y Compromiso con la Excelencia

Bajo el liderazgo del Dr. Jorge Andrés López Quintero, nombrado mediante el Decreto 0021 de 2024 y Acta de Posesión No. 063 de la Gobernación de Cundinamarca, la vigencia 2025 (comprendida entre el 1 de enero y el 31 de diciembre) representa un periodo de consolidación estratégica. Esta evaluación se centra en los pilares fundamentales definidos en el Anexo 1 de la Resolución 710 de 2012:

Viabilidad Financiera: Asegurar el equilibrio fiscal y la transparencia en el gasto.

Calidad en la Prestación: Elevar los estándares de atención para nuestra comunidad y la región.

Eficiencia Administrativa: Optimizar los procesos internos para garantizar la sostenibilidad a largo plazo.

El Hospital Universitario de la Samaritana, apoyado en su legado histórico y su capacidad de adaptación, proyecta sus acciones hacia el logro de la autosuficiencia financiera y el posicionamiento de la credibilidad institucional. Nuestro objetivo es trascender las limitaciones del entorno para ofrecer un servicio de salud con calidez, rigor científico y excelencia operativa, cumpliendo con nuestra misión ante el departamento de Cundinamarca y el país.

PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La Ley 100 de 1993 y el Decreto 1876 de 1994 consolidaron a las Empresas Sociales del Estado (ESE) como entidades públicas descentralizadas, dotadas de autonomía administrativa y patrimonio propio. En este marco, la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) actúa como el eje fundamental de la red prestadora de servicios de salud de alta complejidad en el departamento de Cundinamarca, garantizando el derecho fundamental a la salud mediante un modelo de atención integral, solidario y eficiente dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Gestión Orientada a Resultados y Valor Social

Bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social y en cumplimiento de la Ley 1122 de 2007, la evaluación de nuestra gestión trasciende el equilibrio financiero. Se centra en indicadores de rentabilidad social, calidad técnica, seguridad del paciente y estabilidad laboral. Reconocemos que una estructura hospitalaria moderna y competitiva se sustenta en el desarrollo de su talento humano y en la optimización de procesos críticos como la facturación, la liquidez y la gestión contractual.

Para el HUS, el usuario no es solo el eje central de la gestión, sino la razón de ser de nuestra existencia institucional. Entendemos que nuestra labor no es una interrupción, sino el propósito mismo de nuestra organización, operando bajo los principios de integralidad definidos en el Decreto 4747 de 2007.

Cumplimiento Normativo y Metodológico

El Plan de Gestión del HUS se diseña y evalúa bajo el rigor de la Resolución 710 de 2012, la Resolución 743 de 2013 y la Resolución 408 de 2018. Estos lineamientos proporcionan la metodología técnica para medir el impacto de la gerencia en la sostenibilidad y la excelencia prestacional de la E.S.E.

Nota de Evaluación: El presente informe detalla el cumplimiento de las metas y compromisos adquiridos para la vigencia 2025, año en el que se consolidaron las estrategias de eficiencia operativa y fortalecimiento institucional para el cuatrienio 2024-2028.

Presentación de Resultados ante la Junta Directiva

En cumplimiento del Artículo 73 de la Ley 1438 de 2011 y demás normatividad vigente, se somete a consideración de los Honorables Miembros de la Junta Directiva el informe de gestión correspondiente a la anualidad 2025. Este documento contiene el análisis detallado de los indicadores de gestión, los logros alcanzados en la prestación de servicios y el estado de la ejecución presupuestal, facilitando el ejercicio de inspección, vigilancia y control que corresponde a este máximo órgano de dirección.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de cumplimiento y efectividad del Plan de Gestión de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana para la vigencia 2025, bajo el marco metodológico de las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018, con el fin de fortalecer la toma de decisiones gerenciales, asegurar la sostenibilidad financiera y consolidar el crecimiento institucional en la red de alta complejidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar de manera integral las dimensiones (Asistencial, Administrativa, Financiera y de Gestión) establecidas en la normativa vigente, verificando la consistencia entre los resultados obtenidos y los estándares de calidad esperados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Analizar el comportamiento y tendencia de los indicadores definidos en el Plan de Gestión 2024-2028, identificando variaciones críticas que permitan proponer acciones de mejora continua y ajustes estratégicos para el cumplimiento de las metas del cuatrienio.
- Validar la eficiencia en el uso de los recursos y el impacto social de la gestión hospitalaria, garantizando que el desempeño institucional se traduzca en una prestación de servicios oportuna, humanizada y fiscalmente responsable.
- Consolidar el informe de resultados para la Junta Directiva, proporcionando un diagnóstico técnico y objetivo que sirva de base para el ejercicio de control social y la calificación de la gestión gerencial de la anualidad 2025.

MARCO JURÍDICO

La gestión de la **E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana** se enmarca en un robusto esquema legal que garantiza la transparencia y la eficiencia en la administración de los recursos públicos de salud. Para la evaluación de la vigencia 2025, el marco normativo vigente y aplicable es el siguiente:

1. Eje de Evaluación y Metodología

- **Ley 1438 de 2011 (Art. 72 al 74):** Define la obligatoriedad de los Gerentes de las E.S.E. de presentar un Plan de Gestión anual y establece las consecuencias de su evaluación (satisfactoria o no satisfactoria).
- **Resolución 710 de 2012:** Constituye la base técnica que define los indicadores de gestión, los estándares de cumplimiento y el anexo técnico para la medición de resultados.
- **Resolución 408 de 2018:** Es la norma vigente que **derogó la Resolución 743 de 2013**. Esta resolución actualizó los lineamientos para la formulación, seguimiento y evaluación del Plan de Gestión, simplificando procesos y ajustando los términos de presentación ante la Junta Directiva.

2. Gobernanza y Naturaleza Jurídica

- **Ley 100 de 1993 y Decreto 1876 de 1994:** Marco fundacional de las Empresas Sociales del Estado como entidades descentralizadas con autonomía administrativa y patrimonio propio.
- **Ley 1122 de 2007:** Establece los principios de eficiencia y salud pública, y otorga facultades de inspección, vigilancia y control a la Superintendencia Nacional de Salud.
- **Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud):** Compila la normativa vigente sobre la operación de las IPS públicas y las condiciones de habilitación y permanencia en el sistema.

3. Actualización de Reporte y Transparencia

- **Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud:** Define los términos de reporte de información financiera y asistencial (Archivos Tipo) que deben ser consistentes con lo evaluado en el Plan de Gestión.
- **Ley 2064 de 2020:** Relacionada con la transparencia y el acceso a la información en la gestión pública de salud.

Dando cumplimiento al marco normativo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, los indicadores para la evaluación del plan de gestión 2025 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, en cada área de gestión con su respectivo peso porcentual, se define a continuación.

ÁREAS DE GESTIÓN E INDICADORES PLAN DE GESTIÓN

AREAS DE GESTIÓN	TOTAL INDICADORES	PORCENTAJE
Dirección y Gerencia	3	20%
Administrativa y Financiera	8	40%
Gestión Clínica o Asistencial	9	40%
Total	20	100%

INDICADORES DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA

PLAN DE GESTIÓN						
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA	2025	ÁREA DE GESTIÓN	Direccionamiento y Gerencia			
No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas	Indicador Nominal	Hospital Acreditado	Mantener la Acreditación	Hospital Acreditado 2023 - 2027	Certificado de Acreditación
METAS DE GESTIÓN			2025 Acreditado			

La acreditación en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana está diseñado para garantizar y mejorar la calidad de los servicios que ofrecen. Este proceso se centra en el cumplimiento de estándares superiores a los requisitos mínimos de habilitación, buscando la excelencia en la atención y la seguridad del paciente. Mantener la acreditación del Sistema Único de Acreditación (SUA) según la Resolución 5095 de 2018 es de vital importancia para la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana en la vigencia 2025 por varias razones, todas ellas articuladas a los factores claves de éxito fundamentales de la acreditación en salud:

- **Mejora Continua de la Calidad:** La acreditación impulsa a la institución a evaluar y perfeccionar constantemente sus procesos, desde la atención clínica hasta la gestión administrativa, lo que se traduce en una mayor eficiencia y efectividad en los servicios.
- **Seguridad del Paciente:** Al priorizar el cumplimiento de estándares que minimizan los riesgos y eventos adversos, la acreditación contribuye a crear un entorno asistencial más seguro para los pacientes.
- **Confianza y Credibilidad:** La acreditación otorga un reconocimiento público al compromiso de la institución con la calidad y la seguridad, fortaleciendo la confianza de los usuarios, las aseguradoras y otros actores del sistema de salud.
- **Desarrollo Organizacional:** El proceso de acreditación fomenta una cultura de calidad al interior de la institución, promoviendo el trabajo en equipo, la comunicación efectiva y el liderazgo comprometido con la excelencia.

En el contexto específico de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, la acreditación se alinea con su misión de ser un prestador de servicios de salud de alta complejidad, enfocado en la atención humanizada y segura. La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana mantiene la acreditación en salud en el año 2025 ratificando el compromiso continuo con la mejora de los resultados en salud, la satisfacción de los usuarios y el fortalecimiento de la gestión integral de la institución.

PLAN DE GESTIÓN						
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA	2025	ÁREA DE GESTIÓN	Direccionamiento y Gerencia			
No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivada de los planes de mejora del componente de auditoría.	0,94	≥0,90	0.97	Documento del cumplimiento promedio de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación
METAS DE GESTIÓN			2025			
			≥0,9			

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) para la E.S.E. HUS es una herramienta fundamental para garantizar y elevar los estándares de calidad dentro de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Su implementación reviste una importancia estratégica, ya que permite establecer un marco sistemático y continuo para la evaluación, el análisis y la mejora de los procesos asistenciales y administrativos, impactando directamente en la seguridad del paciente, la eficiencia operativa y la satisfacción del usuario.

En el contexto específico de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, el PAMEC adquiere una relevancia aún mayor debido a su papel como institución de alta complejidad y referente en la región. La implementación efectiva de este programa permite a la institución consolidar su posición como líder en la prestación de servicios de salud de calidad, garantizando la seguridad de sus pacientes y la sostenibilidad de su operación.

En conclusión, la implementación del PAMEC es una inversión estratégica que genera múltiples beneficios para la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. Al mejorar la calidad de la atención, fortalecer la seguridad del paciente, optimizar la eficiencia operativa y aumentar la satisfacción del usuario, este programa contribuye de manera significativa al cumplimiento de la misión institucional y al logro de sus objetivos estratégico.

PLAN DE GESTIÓN						
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA	2025	ÁREA DE GESTIÓN	Direccionamiento y Gerencia			
No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	Número de metas del Plan operativo anual cumplidas / Número de metas del Plan Operativo anual programadas.	0,94	≥0,90	0.90	Informe del responsable de planeación de la ESE e Informe de Revisoría Fiscal en el caso de existir, de lo contrario, informe de control interno de la entidad.
METAS DE GESTIÓN			2025			
			≥0,9			

El seguimiento al Plan Operativo Anual (POA) es de vital importancia para la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana por múltiples razones, todas ellas orientadas a garantizar la eficiencia, efectividad y transparencia en la gestión institucional.

Los informes de gestión y las presentaciones de resultados del POA permiten evidenciar el cumplimiento de metas en diferentes áreas, como la atención en urgencias, la oportunidad en la asignación de citas, la gestión de la facturación, entre otros. Asimismo, se identifican las áreas que presentan desafíos o incumplimientos, lo que permite a la administración enfocar sus esfuerzos en la implementación de estrategias de mejora.

En resumen, el seguimiento del POA es una herramienta esencial para la gestión efectiva de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. Permite medir el desempeño, identificar desviaciones, optimizar la asignación de recursos, promover la transparencia y la rendición de cuentas, e impulsar la mejora continua de la institución.

El cumplimiento del POA para la vigencia 2025 fue del 90.9%.

INDICADORES FINANCIEROS Y ADMINISTRATIVOS

PLAN DE GESTIÓN						
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA	2025	ÁREA DE GESTIÓN	Financiero y Administrativo			
No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
4	Riesgo financiero y Administrativo.	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del riesgo.	SIN RIESGO	ESE categorizada en niveles: SIN RIESGO O RIESGO BAJO	SIN RIESGO	Certificación Ministerio de Salud y Protección Social.
METAS DE GESTIÓN			2025			
			Sin Riesgo			

La Resolución 1122 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social establece la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado (ESE), en el año evaluado la calificación de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana establece que el estado **"SIN RIESGO"** lo cual es un factor determinante en la evaluación del riesgo fiscal y financiero de la institución con las siguientes características:

- La ejecución presupuestal muestra un alto nivel de compromiso del presupuesto aprobado, pero también áreas de ineficiencia en la ejecución de gastos de inversión.
- La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana presenta una categorización de riesgo "Sin Riesgo fiscal" según la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social, este resultado se observa en las tres sedes: Bogotá, Unidad Funcional Zipaquirá y Hospital Regional Zipaquirá.

Actividades y estrategias ejecutadas

Como podemos observar en el resultado del indicador para las tres Sedes se presenta sin Riesgo fiscal de acuerdo con la metodología establecida por el Ministerio de salud y protección social.

Teniendo en cuenta que el valor de la cartera total cubre en su mayoría los gastos, proyectados con una recuperación de cartera como lo menciona el indicador para cada una de los puntos en su medición, el hospital aumento la facturación de una vigencia a la otra pasando de \$326.347 millones a 410.124 millones, pero con la situación actual del sistema aumenta la cartera.

Logros

- Radicación oportuna de la facturación generada en la vigencia y según lo que indica la norma.
- La gestión realizada en la radicación de la facturación que genera recuperación de cartera con gestiones como: demandas, circularización y conciliación de saldos con los clientes y las gestiones de acuerdo a

la normatividad vigente, lo que hace que el recaudo de cartera mayor a 2 años aumente, también el recaudo total (compuesto de la vigencia 2025 y vigencias anteriores).

- Recuperación de recaudo de la cartera de convida en liquidación y de migrantes.

Dificultades

A pesar de que el recaudo aumenta comparada a corte del trimestre de la vigencia anterior, el flujo de recursos debería ser mucho mayor, siendo en gran porcentaje la facturación de nuestros servicios en las EPS del Régimen Subsidiado, seguido el mercado contributivo y la PPNA, de un total de ventas por reconocimientos por \$410.124 millones y un recaudo de la venta de servicios de la vigencia 2025 por la suma de \$160.682 millones llegando solo a un 39% de recaudo siendo muy bajo.

Este indicador influye que los gastos son por los valores contratados (comprometidos) y los no realmente facturados o causados, también por requisitos de habilitación se presentan gastos o por el cumplimiento a la norma en el mantenimiento hospitalario, entre otros. Otro aspecto que los ingresos recaudados por el Hospital en gran parte las EPS la rotación de cartera está en promedio a más de 180 días.

PLAN DE GESTIÓN						
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA	2025	ÁREA DE GESTIÓN	Financiero y Administrativo			
No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	[(Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/Número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación - sin incluir cuentas por pagar/Número UVR producidas en la vigencia anterior)].	0,91	<0,90	0.99	Ficha técnica de la página Web del SIHO del MSPS.
METAS DE GESTIÓN					2025	
					<0,90	

Actividades y Estrategias

Al comparar los Gastos de funcionamiento y de operación comercial comprometidos de la vigencia 2025 con respecto a 2024 aumentan en un 11.89% y la Unidad de Valor Relativo Producida presenta un crecimiento del 13.47%, obteniendo un resultado de 11.822 en 2024 a 11.657 en 2025, de esta manera se obtiene un resultado en el indicador de 0.99, es decir, que por cada peso producido se comprometieron 0.99, este resultado permite indicar no se alcanzó un resultado cercano al estándar establecido que es del 0.90.

Logros

La prestación de servicios en salud se ha incrementado y proporcionalmente la facturación de estos servicios y de esta manera el número de UVR Producidas de una vigencia a la otra. Sin embargo, aumentan los gastos de funcionamiento y operación comercial comprometidos más que el IPC dado que en el proceso de facturación se requiere reforzar el gasto administrativo y por situación del mercado la mano de obra asistencial crece. Si se compara el cuarto trimestre de la vigencia 2024 respecto al mismo periodo en 2025 para las tres sedes aumentan el número de UVR, en Bogotá 9.42%, en la UF Zipaquirá de 26.97% y en el Hospital Regional 13.70%, para un aumento total consolidado de 13.47%.

Dificultades

Al ejecutar los gastos comprometidos de funcionamiento y de operación comercial el recaudo de vigencia actual y anteriores es por la suma de \$323.544 millones y los gastos comprometidos por valor de \$338.210 millones que no los cubre en su totalidad por prestación de servicios de salud por el no pago de las EPS. Un aspecto que contribuye al aumento de los gastos es la oferta de profesionales especializados, médicos generales y personal de enfermería que por leyes del mercado condicionan una mayor exigencia remunerativa por parte de sus empleadores, personal a quienes el hospital tiene que nivelar para no quedarse sin el recurso, situación que implica aumentos en el costo superiores a lo contratado en varias especialidades, así mismo, se presenta incremento en los gastos por concepto de compra de insumos esenciales para la prestación de servicios de salud dado a los sobrecostos por desabastecimiento entre otros factores que afectan el precio de compra y en los gastos de personal asistencial también por el aumento en la venta de servicios de salud.

PLAN DE GESTIÓN						
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA		ÁREA DE GESTIÓN		Financiero y Administrativo		
No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos /Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.	No cumple	>0,70	19.9%	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la E.S.E. La certificación como mínimo tendrá: 1. Valor de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los de los mecanismos de compra a), b), c). 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de las adquisiciones de la E.S.E. por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada. 4. Aplicación de la fórmula del indicador.
METAS DE GESTIÓN				2025		
				>0,70		

Conclusión:

El resultado del **19,92%** en el Indicador No. 6 refleja un **avance positivo en la implementación de mecanismos estratégicos de compra**, especialmente mediante compras conjuntas. No obstante, existe **espacio para incrementar la participación de la Tienda Virtual del Estado**, lo que permitirá fortalecer la eficiencia, transparencia y economía en la adquisición de insumos críticos para la institución.

El bajo cumplimiento se explica principalmente porque, si bien las compras conjuntas tuvieron una ejecución financiera importante (\$8.001 millones), **el total ejecutado en medicamentos y material médico quirúrgico fue de \$41.287 millones**.

Es decir:

- Solo el **19,4%** del total ejecutado se realizó mediante compras conjuntas.
- Las compras a través de Tienda Virtual apenas representaron el **0,54%** del total ejecutado.
- El restante **80,08%** de las compras se realizó por fuera de estos dos mecanismos (contratación directa, licitaciones públicas no conjuntas, etc.).

No se cumple con la meta mínima del 70%.

El resultado obtenido (19,92%) evidencia una **baja penetración de los mecanismos de compras conjuntas y electrónicas** en el total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico durante la vigencia 2025, lo que representa un incumplimiento significativo de lo dispuesto en la Resolución 408 de 2018.

PLAN DE GESTIÓN								
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA								
FECHA		ÁREA DE GESTIÓN	Financiero y Administrativo					
2025			No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO
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.	A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. B. (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes).	Cero (0)	Cero (0) o variación negativa	Cero (0)	Certificación de revisoría fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador de la ESE que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.		
METAS DE GESTIÓN					2025			
					0			

Actividades y estrategias ejecutadas - Logros

Se efectuaron los pagos de las obligaciones por concepto de salarios y prestaciones del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, cancelándose de forma oportuna, por tanto, al cierre de la vigencia 2025, la ESE NO PRESENTA DEUDA CON EL PERSONAL SUPERIOR A 30 DÍAS.

Con respecto a la vigencia 2024, se obtuvo una disminución de (\$2.926.489.400), debido a los recursos recibidos por secretaria de Salud de Cundinamarca, como al recaudo de la vigencia.

Frente a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango de 5 ya que, en la vigencia evaluada, la E.S.E registra deuda cero (0).

Dificultades

Se presenta una deuda de 0 a 30 días que resulta del plazo de pago adquirido contractualmente y de la totalidad de los soportes requeridos para la generación del pago (Liquidación).

PLAN DE GESTIÓN						
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA	2025	ÁREA DE GESTIÓN	Financiero y Administrativo			
No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	4	4	1) Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, 2) Actas de Junta Directiva, que contenga como mínimo: Fecha de los informes presentados a la junta directiva. Periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.
METAS DE GESTIÓN			2025			
			4			

La implementación del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) durante la vigencia 2025 ha consolidado su papel como herramienta fundamental para la gestión institucional, superando el mero cumplimiento normativo para convertirse en un eje central de la planeación, la mejora continua y la toma de decisiones basadas en evidencia en el Hospital Universitario de la Samaritana ESE. Este análisis integra los datos de los cuatro informes trimestrales (I, II, III y IV de 2025) para presentar un panorama integral de la prestación de servicios.

1. Cumplimiento Normativo y Transparencia en la Gestión:

El RIPS constituye el pilar de la rendición de cuentas institucional. Durante 2025, la ESE presentó los cuatro informes trimestrales exigidos por el Indicador N° 8 del Anexo 2 de la Resolución 408 de 2018, en articulación con las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013. Este ejercicio continuo garantiza la transparencia ante entes de control como la Superintendencia Nacional de Salud y la Junta Directiva, proporcionando un registro verificable de la producción, la calidad y la cobertura de los servicios, tal como se documenta en cada uno de los informes presentados.

2. Toma de Decisiones Basada en Datos Epidemiológicos y de Demanda:

El análisis longitudinal de la morbilidad ha permitido identificar tendencias clave que orientan la gestión clínica y administrativa:

- **Primeras causas de consulta externa:** La **hipertensión esencial** se mantuvo como el principal motivo de consulta en el Hospital de la Samaritana (HUS) a lo largo del año, representando de forma constante entre el 3.05% y 3.18% de las atenciones. Este hallazgo, replicado en el Hospital Regional de Zipaquirá (HRZ) y la Unidad Funcional (UFZ), ha reforzado los programas de control de enfermedades crónicas no transmisibles.
- **Patrones en urgencias:** Los diagnósticos inespecíficos como "cefalea" y "otros dolores abdominales" dominaron las consultas de urgencias en todas las sedes, señalando una oportunidad de mejora en la clasificación inicial y el manejo de síntomas. A su vez, la **infección aguda de vías respiratorias inferiores** mostró un pico estacional en el segundo y tercer trimestre, particularmente en el HRZ y la UFZ, lo que permitió activar planes de contingencia y fortalecer la capacidad de respuesta pediátrica.
- **Priorización en egresos:** La **infección de vías urinarias, sitio no especificado**, se consolidó como la primera causa de egreso hospitalario en el HUS durante los cuatro trimestres, alcanzando hasta un 2.45% del total, mientras que en el HRZ se alternó con la apendicitis y las infecciones respiratorias. Esta información ha dirigido recursos hacia el manejo oportuno de estas patologías y la implementación de protocolos de prevención.

3. Monitoreo de la Producción y Eficiencia Hospitalaria:

El RIPS ha permitido un seguimiento preciso de la productividad y la eficiencia, evidenciando un aumento sostenido de la demanda:

- **Incremento de la demanda:** En el HUS, las consultas médicas especializadas electivas aumentaron de 17,792 en el primer trimestre a 20,757 en el cuarto, un crecimiento del 16.7%. Los egresos hospitalarios totales de la ESE (suma de las tres sedes) mostraron una tendencia ascendente, pasando de 5,654 en el primer trimestre a 6,204 en el cuarto, reflejando un mayor flujo de pacientes.
- **Eficiencia operativa:** La estancia hospitalaria promedio en el HUS se redujo de 9.2 días en el primer trimestre a 8.9 días en el cuarto, mientras que el giro cama mejoró de 3.8 a 4.3 en el mismo periodo. En el HRZ, el porcentaje de ocupación se mantuvo alto, superando el 90% en el segundo y cuarto trimestre, lo que motivó una revisión de los flujos de egreso y la gestión de camas para evitar el cuello de botella documentado en el HUS, donde la ocupación llegó al 104.3% en el cuarto trimestre debido a la ocupación de camas de observación por pacientes en espera de hospitalización.

4. Caracterización de la Población y Gestión de la Demanda por Sede:

La georreferenciación y caracterización de usuarios fue crucial para la planeación territorial:

- **Área de influencia:** El HUS atendió principalmente a usuarios de Bogotá D.C. (53-55%), Cundinamarca (32-39%) y Boyacá (3-6%), mientras que el HRZ concentró su atención en residentes de Cundinamarca (97-98%), validando su rol como cabecera de la red departamental.

- **Cobertura y contratación:** En la UFZ, se detectó que la población atendida de Zipaquirá pasó de 7,680 en el primer trimestre a 10,179 en el cuarto, representando un 5.78% de los afiliados en el último trimestre. Este incremento respaldó las negociaciones contractuales con las EPS predominantes en la región (Famisanar, Nueva EPS, Salud Total), evidenciadas en el detalle de afiliados por aseguradora presentado en cada informe. En Cogua y San Cayetano, el análisis de afiliados al régimen subsidiado (predominante en estas zonas) reforzó la necesidad de continuar con estrategias territoriales como "Médico a tu Territorio".

1. Mejora Continua y Calidad en los Servicios:

El análisis de morbilidad ha permitido focalizar acciones de mejora:

- **Salud materno-perinatal:** Se observó una preocupante tendencia al aumento de partos por cesárea en la UFZ, que pasaron de 37.70% en el primer trimestre a 42.1% en el cuarto. En el HUS, las cesáreas llegaron a representar el 60.16% del total de partos en el cuarto trimestre, atribuido por el informe a la derivación de pacientes por el cierre de servicios de alta complejidad en la red distrital. Este hallazgo ha impulsado la revisión de protocolos obstétricos.
- **Salud mental:** La aparición consistente de diagnósticos como "Trastorno mixto de ansiedad y depresión" dentro de las diez primeras causas de consulta externa en la UFZ (ocupando el segundo lugar en el cuarto trimestre) ha puesto de manifiesto la necesidad de fortalecer los servicios de salud mental en el primer nivel de atención.

6. Impacto en la Mortalidad y Manejo de Pacientes Críticos:

El RIPS ha sido esencial para entender los perfiles de mortalidad y orientar la toma de decisiones clínicas:

- **Principales causas de muerte:** En el HUS, las **enfermedades cerebrovasculares (I679)** y las **neoplasias (tumores)** se consolidaron como las principales causas de mortalidad, representando una proporción significativa de las defunciones, lo que ha llevado a reforzar los programas de tamizaje y manejo de patologías oncológicas y cardiovasculares. En el HRZ, el **choque no especificado (R579)** y las **infecciones respiratorias** fueron las causas más frecuentes, lo que evidencia la vulnerabilidad de la población ante procesos infecciosos y la necesidad de un diagnóstico y tratamiento oportunos.

7. Soporte a la Contratación y Planeación Financiera:

La producción traducida a Unidades de Valor Relativo (UVR) cuantifica la participación de cada sede en el total de la ESE:

- **Distribución de la producción:** El HUS concentró consistentemente entre el 45% y el 46% de la producción en UVR, seguido del HRZ con un 39-40% y la UFZ con un 15%. Esta distribución ha

sido un insumo fundamental para la asignación presupuestal y la negociación de tarifas con los pagadores, demostrando la complejidad y el volumen de los servicios ofertados. El crecimiento de la producción total en UVR, de 6.9 millones en el primer trimestre a 7.48 millones en el tercero, refleja el aumento de la demanda y respalda las solicitudes de ajuste en los recursos.

Conclusión:

La utilización sistemática y analítica del RIPS durante 2025 ha posicionado al Hospital Universitario de la Samaritana ESE en una fase de gestión estratégica basada en datos. Más allá del cumplimiento normativo, este instrumento ha permitido:

- i) Caracterizar dinámicamente la morbilidad para ajustar la oferta de servicios;
- ii) Monitorear indicadores de eficiencia (ocupación, giro cama, estancia) para optimizar el uso de recursos;
- iii) Identificar brechas de cobertura y tendencias (como el aumento de cesáreas o la demanda en salud mental) para orientar planes de mejora;
- iv) Proporcionar evidencia para la contratación con aseguradoras y la asignación financiera. En síntesis, el RIPS se ha consolidado como una herramienta indispensable para el mejoramiento continuo de la calidad y la gestión clínico-administrativa, alineando la operación de la ESE con los objetivos del sistema de salud colombiano.

PLAN DE GESTIÓN						
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA	2025	ÁREA DE GESTIÓN	Financiero y Administrativo			
No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	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 CxP de vigencias anteriores.	0,95	≥1,00	1.09	Ficha técnica del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
METAS DE GESTIÓN					2025	
					≥1,00	

Actividades y estrategias ejecutadas

La gestión de recaudo por parte del Hospital es una tarea constante y dentro de sus estrategias se encuentra la conciliación de cartera con las diferentes EPS, mesas de trabajo, depuración y liquidación de contratos con EPS, conciliaciones extrajudiciales suscritas ante la Supersalud, el cobro directo a través de derechos de petición y la solicitud de intervención de entidades de control como la Superintendencia Nacional de salud y Contralorías para lograr el pago efectivo de los servicios de salud prestados.

Logros

Es importante resaltar que el recaudo de las ventas de servicios de salud de la vigencia y de vigencias anteriores presentan un aumento del 18% pasando de \$272.393 millones en 2024 a \$323.544 millones en 2025, presentando un incremento de \$51.151 millones por el proceso de gestión de cobro ante las diferentes ERP, sin embargo, los recaudos siguen viéndose afectados por los procesos dilatorios de pago lo cual impacta negativamente la entrada de recursos para flujo de caja ya que a pesar del crecimiento de las ventas, los recaudos deberían aumentar en mayor valor.

Gracias a las gestiones realizadas por el Hospital y en el proceso de liquidación de la entidad convida se recuperó el valor de \$27.419 millones y el Ministerio de Salud y Protección Social giro recursos de población migrante por el valor de \$16.052 millones.

Dificultades

Como ya se indicó, una de las dificultades que siguen incidiendo en el recaudo es la entrada de recursos del sistema de salud, toda vez que las Entidades Responsables del Pago ERP no pagan de manera oportuna los servicios prestados y la rotación de cartera por venta de servicios de salud sigue creciendo, llegando a un promedio de rotación de la cartera mayor a 6 meses e incumpliendo lo establecido en la normatividad vigente. Frente a este indicador a pesar de las dificultades, la E.S.E logró obtener un resultado estándar, para el cuarto trimestre de la vigencia 2025 obtiene un resultado de 1.09, evidenciando que los compromisos adquiridos tienen el respaldo del efectivo recaudado ya que por cada peso comprometido se cuenta con \$1.09 de ingreso para cubrirlo, así mismo, es importante resaltar que la mayoría de los contratos de servicios vitales para el funcionamiento del hospital se suscribieron a diciembre, logrando que el comportamiento de las cuentas por pagar al cierre de la vigencia 2025 fueran menores.

PLAN DE GESTIÓN						
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA	2025	ÁREA DE GESTIÓN	Financiero y Administrativo			
No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
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	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Cumple	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumple	Superintendencia Nacional de Salud.
METAS DE GESTIÓN			2025			
			Cumple			

El Hospital Universitario de la Samaritana, en cumplimiento de las directrices establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), ha demostrado un compromiso constante con la **oportunidad en la entrega de reportes de información**, conforme a lo exigido por la Circular Única y normativas vigentes. Durante el año 2025, el hospital ha implementado medidas para garantizar el cumplimiento del **Indicador 10**, el cual evalúa la entrega oportuna de archivos tipo como FT002, GT003, ST006, entre otros, según lo establecido en la Resolución 710 de 2012, Resolución 408 de 2018 y sus modificaciones.

1. Cumplimiento normativo y ajustes operativos

El hospital ha alineado sus procesos con los plazos definidos por la SNS, considerando las modificaciones introducidas por circulares externas durante el año (ej. ampliaciones de fechas reportadas en la Circular Externa 202315000000003-5). Para ello, se ha:

- **Fortalecido el sistema de gestión documental**, asegurando que los reportes se generen y validen internamente antes de las fechas límite.
- **Capacitado al personal** encargado de la consolidación y envío de archivos, reduciendo errores y retrasos.
- **Implementado alertas automatizadas** para recordar fechas críticas de reporte, basadas en el calendario de la SNS.

2. Evidencia de cumplimiento

Según los registros públicos disponibles en la página web de la SNS y los informes presentados a entes de control.

Conclusión

El Hospital Universitario de la Samaritana reafirma su compromiso con la **calidad, oportunidad y transparencia** en la gestión de información, cumpliendo no solo con los requisitos legales, sino también con estándares de excelencia en la administración pública. Este desempeño se sustenta en herramientas tecnológicas, capacitación continua y un enfoque preventivo que asegura la entrega oportuna de reportes, beneficiando a usuarios, entes de control y al sistema de salud en su conjunto.

PLAN DE GESTIÓN						
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA	2025	ÁREA DE GESTIÓN	Financiero y Administrativo			
No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único reglamentario del sector salud y protección social, o la norma que lo sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Oportuno	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Oportuno	Superintendencia Nacional de Salud
METAS DE GESTIÓN			2025			
			Oportuno			

El Hospital Universitario de la Samaritana ha demostrado un compromiso constante con el cumplimiento normativo y la transparencia en la entrega de información requerida por los entes de control, en concordancia con el Decreto 2193 de 2004 (compilado en el Decreto 780 de 2016) y demás normativas vigentes. Durante el año 2025.

El Hospital Universitario de la Samaritana justifica su cumplimiento en la oportunidad de reportes durante 2025 mediante una gestión proactiva, alineada con la normativa y respaldada por procesos robustos. Su enfoque en mejora continua y adaptabilidad garantiza no solo el cumplimiento legal, sino también la eficiencia en la entrega de información crítica para el sistema de salud.

INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

PLAN DE GESTIÓN						
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA	2025	ÁREA DE GESTIÓN	Gestión Clínica o Asistencial			
No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.	Numero de Historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestión en la vigencia objeto de evaluación / número total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la E.S.E., con diagnóstico de hemorragias de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestión, en la vigencia objeto de evaluación.	0.98	≥0,8	0.98	Informe comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.
METAS DE GESTIÓN			2025			
			≥0,8			

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.

Se obtuvo un resultado de 98% para la vigencia del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025, con un total de 353 historias clínicas (334 trastornos hipertensivos del embarazo y 19 de Hemorragia), es decir el 100% objeto de evaluación, de las cuales 348 cumplieron con los parámetros de atención basada en la Guía detección de complicaciones del Embarazo parto y puerperio del Ministerio de Salud del 2013: sección trastornos hipertensivos del embarazo, superando la meta establecida en la Resolución 408 de 2018, cuyo estándar es “Igual o mayor a 0.8”. La institución adoptó la mencionada GPC, mediante la Resolución 317 de 2023.

Para la evaluación de las historias clínicas se aplicó lista de chequeo al 100% de las historias clínicas con los diagnósticos registrados.

Evidencias y soportes

Calificación IND 12: 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 del tercer trimestre.

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.

Guía detección de complicaciones del Embarazo parto y puerperio del Ministerio de Salud del 2013 sección trastornos hipertensivos.

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.

Certificación de análisis y seguimiento del indicador por el comité de historias clínicas.

Conclusión:

El Hospital Universitario de la Samaritana demuestra un desempeño excepcional en la aplicación de guías clínicas para gestantes de alto riesgo, respaldado por procesos auditivos rigurosos, alineación normativa y transparencia en la documentación. Este resultado refuerza su compromiso con la calidad asistencial y la seguridad de las pacientes, cumpliendo con los requisitos de los entes de control.

PLAN DE GESTIÓN						
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA		ÁREA DE GESTIÓN	Gestión Clínica o Asistencial			
2025			FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO
No	INDICADOR					
13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Número de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ES.E. para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total Historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación.	0.89	≥0,8	0.94	Informe comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.
METAS DE GESTIÓN			2024			
			≥0,8			

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 0.94 para el año 2025, se realizó la verificación a un total de 578; de los cuales cumplieron con los criterios 529, no cumplieron 49.

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 Dinamica 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.

PLAN DE GESTIÓN						
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA	2025	ÁREA DE GESTIÓN	Gestión Clínica o Asistencial			
No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
14	Oportunidad en la realización de apendicectomía	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	0,96	≥0,90	0,93	Informe de subgerencia científica de la ESE o quién haga sus veces que como mínimo contenga: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicentomía que contenga identificación del paciente fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.
METAS DE GESTIÓN			2025			
			≥0,9			

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 apendicectomía; 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 “Apendicectomía”, a partir de los diagnósticos de egreso con los códigos CIE 10.

Se obtuvo un resultado del 0,93 para la vigencia 2025, 702 con un total de historias clínicas, es decir el 100% objeto de evaluación, de las cuales 671 cumplieron, con la oportunidad de apendicectomía 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.

PLAN DE GESTIÓN						
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA	2025	ÁREA DE GESTIÓN	Gestión Clínica o Asistencial			
No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación. Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - número de pacientes pediátricos con neumonías bronconeumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.	0	0 Variación negativa	0	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador.
METAS DE GESTIÓN			2025			
			0			

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.

PLAN DE GESTIÓN						
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA	2025	ÁREA DE GESTIÓN	Gestión Clínica o Asistencial			
No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LÍNEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo al miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación. / Total de pacientes con diagnóstico de egreso Infarto Agudo a Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.	0,98	≥0,9	0.95	Informe comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.
METAS DE GESTIÓN			2025			
			≥0,9			

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.

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.

PLAN DE GESTIÓN ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA	2025	ÁREA DE GESTIÓN	Gestión Clínica o Asistencial			
No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
17	Análisis de Mortalidad intrahospitalaria	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	1	≥0,9	1	Informe del Referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 hras de aplicación de la formula del indicador.
METAS DE GESTIÓN			2025			
			≥0,9			

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.

PLAN DE GESTIÓN ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA	2025	ÁREA DE GESTIÓN	Gestión Clínica o Asistencial			
No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de días de calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	1.9	≤5	1,2 días	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
METAS DE GESTIÓN			2025			
			≤5			

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**, cifra que no solo cumple con el estándar establecido (≤5 días), sino que también refleja una mejora significativa frente a la línea base de 2024 (1.9 días).

Este logro se justifica mediante los siguientes aspectos clave:

- Optimización de procesos:** La implementación de sistemas como el Software Dinámica Gerencial y la coordinación con el Servicio de Asignación de Citas permitieron agilizar la gestión de solicitudes, reduciendo los tiempos de espera.
- Cumplimiento de estándares:** El resultado demuestra el compromiso institucional con las directrices del Ministerio de Salud, garantizando un acceso oportuno a la atención pediátrica, esencial para la prevención y manejo temprano de patologías.
- Impacto en la calidad asistencial:** Un tiempo de espera reducido mejora la satisfacción de los usuarios y evita complicaciones en la salud de los pacientes pediátricos, quienes requieren intervenciones ágiles dada su vulnerabilidad.

Las evidencias, como los reportes del Servicio de Asignación de Citas y la ficha técnica del SIHO, respaldan la transparencia y confiabilidad del dato. Este desempeño refuerza la capacidad del hospital para priorizar la atención infantil y mantener altos estándares en la gestión de servicios ambulatorios.

PLAN DE GESTIÓN ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA	2025	ÁREA DE GESTIÓN	Gestión Clínica o Asistencial			
No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días de calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	3,7	≤8	0.7 días	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
METAS DE GESTIÓN			2025			
			≤8			

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**, resultado que se encuentra muy por debajo del estándar establecido (≤8 días), muestra disminución frente a la línea base de 2024 (3.7 días), manteniendo un nivel óptimo de calidad en la prestación del servicio.

Aspectos clave que sustentan este resultado:

- 1. Eficiencia en la gestión de citas:** la demanda de consultas de obstetricia, el hospital logró mantener un tiempo de espera significativamente inferior al estándar nacional, gracias a la optimización de procesos mediante el Software Dinámica Gerencial y la coordinación con el Servicio de Asignación de Citas.
- 2. Priorización de pacientes gestantes:** Se implementaron protocolos para agilizar la atención a mujeres embarazadas, asegurando que reciban controles prenatales oportunos y reduciendo el riesgo de complicaciones maternas y neonatales.
- 3. Cumplimiento de estándares de calidad:** El resultado de 0.7 días demuestra el compromiso institucional con las directrices del Ministerio de Salud, garantizando un acceso oportuno a la atención especializada y mejorando los resultados en salud materna.

PLAN DE GESTIÓN ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						
FECHA	2025	ÁREA DE GESTIÓN	Gestión Clínica o Asistencial			
No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE	ESTÁNDAR PROPUESTO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	Sumatoria de la diferencia de días de calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de Medicina Interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	4,7	≤15	1.2 días	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
METAS DE GESTIÓN			2025			
			≤15			

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**, resultado que se encuentra muy por debajo del estándar establecido (≤15 días) muestra una reducción frente a la línea base de 2024 (4.7 días) y se evidencia que mantiene un nivel óptimo de calidad en la prestación del servicio.

Aspectos clave que sustentan este resultado:

- 1. Eficiencia en la gestión de citas:** Con la demanda de consultas de Medicina Interna, el hospital logró mantener un tiempo de espera significativamente inferior al estándar nacional, gracias a la optimización de procesos mediante el Software Dinámica Gerencial y la coordinación con el Servicio de Asignación de Citas.
- 2. Priorización de casos complejos:** Se implementaron protocolos para identificar y agilizar la atención a pacientes con condiciones crónicas o de alto riesgo, asegurando que reciban una pronta evaluación médica.
- 3. Cumplimiento de estándares de calidad:** El resultado de 1.2 días demuestra el compromiso institucional con las directrices del Ministerio de Salud, garantizando un acceso oportuno a la atención especializada y reduciendo el riesgo de complicaciones en pacientes adultos.

CONCLUSIONES GENERALES

La evaluación del Plan de Gestión de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana para la vigencia 2025 evidencia una gestión gerencial sólida, orientada por el cumplimiento normativo, la calidad asistencial y la sostenibilidad financiera, en un entorno de alta complejidad y desafíos estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). A continuación, se presentan las conclusiones estratégicas que agregan valor al análisis institucional:

1. Fortalecimiento de la Dirección Estratégica y la Calidad Institucional

La gerencia consolidó su liderazgo al mantener la acreditación en salud vigente hasta 2027, garantizando estándares superiores de calidad y seguridad del paciente. El cumplimiento del 90.9% de las metas del Plan Operativo Anual (POA) refleja una gestión efectiva de la planeación institucional, con capacidad de ejecución y seguimiento. Asimismo, el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) alcanzó un cumplimiento del 96% en la ejecución de acciones de mejora, lo que demuestra una cultura organizacional basada en la mejora continua.

2. Sostenibilidad Financiera en un Contexto de Restricción de Liquidez

A pesar de las presiones financieras derivadas del incremento del gasto comprometido (11.89%) frente al recaudo real, la ESE HUS logró mantener una categorización de riesgo fiscal “Sin Riesgo”, conforme a la metodología del Ministerio de Salud. El indicador de equilibrio presupuestal con recaudo alcanzó un valor de 1.09, lo que evidencia que, por cada peso comprometido, se contó con \$1.09 de ingreso efectivo, garantizando la viabilidad operativa. No obstante, persisten retos en la rotación de cartera, que supera los 180 días en promedio, afectando el flujo de caja y evidenciando la necesidad de fortalecer las estrategias de recuperación ante las Entidades Responsables del Pago (ERP).

3. Gestión Administrativa y Transparencia en el Uso de Recursos

La institución demostró un riguroso cumplimiento en los reportes de información exigidos por la Superintendencia Nacional de Salud, tanto en la Circular Única como en el Decreto 2193 de 2004, consolidando una gestión administrativa transparente y oportuna. En materia de compras, aunque se avanzó en mecanismos de compras conjuntas con una ejecución de \$8.001 millones, el resultado del 19.92% en el indicador de compras estratégicas revela una oportunidad de mejora para aumentar la participación de la Tienda Virtual del Estado y otras herramientas de agregación de demanda, en línea con los principios de eficiencia y transparencia.

4. Excelencia en la Gestión Clínica y Oportunidad en la Atención: Los indicadores asistenciales reflejan un desempeño sobresaliente.

- Oportunidad en apendicectomía: 93% de los casos intervenidos dentro de las primeras 6 horas.
- Aplicación de guías clínicas: cumplimiento del 98% en trastornos hipertensivos del embarazo y 94% en infección de vías urinarias como primera causa de egreso.
- Tiempos de espera para consulta especializada: se redujeron drásticamente, con promedios de 1.2 días en pediatría, 0.7 días en obstetricia y 1.2 días en medicina interna, superando ampliamente los estándares nacionales.

- Seguridad del paciente: cero casos de neumonía broncoaspirativa intrahospitalaria en población pediátrica y análisis del 100% de las muertes mayores a 48 horas por el comité respectivo, lo que evidencia un control riguroso de los eventos adversos.

5. Gestión Basada en Datos y Mejora Continua

La utilización estratégica del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) permitió caracterizar la demanda, orientar la oferta de servicios, priorizar patologías y sustentar la contratación con aseguradoras. El análisis epidemiológico por sede y la identificación de tendencias en salud mental, cesáreas y enfermedades crónicas han sido insumos clave para la toma de decisiones clínicas y administrativas.

6. Retos Estratégicos y Oportunidades de Mejora

A pesar de los logros alcanzados, la vigencia 2025 dejó desafíos estructurales que requerirán atención prioritaria en el cuatrienio:

- Sostenibilidad financiera: Es imperativo avanzar en la depuración de cartera, la negociación de tarifas con las EPS y la diversificación de fuentes de ingreso.
- Eficiencia en compras: Se debe incrementar la participación en compras conjuntas y mecanismos electrónicos para alcanzar la meta del 70% exigida por la normativa.
- Optimización de la ocupación hospitalaria: La ocupación por encima del 100% en ciertos periodos exige rediseñar los flujos de egreso y fortalecer la red de baja complejidad.

La gerencia del Dr. Jorge Andrés López Quintero ha logrado posicionar al Hospital Universitario de la Samaritana como un referente de calidad, eficiencia y transparencia en el sector salud público. La articulación entre la gestión asistencial, financiera y administrativa ha permitido no solo cumplir con los indicadores del Plan de Gestión, sino también generar confianza en los entes de control, las aseguradoras y la comunidad. La capacidad institucional para convertir los desafíos en oportunidades de mejora, sustentada en datos, liderazgo y trabajo en equipo, consolida una hoja de ruta clara para los próximos años, orientada a la excelencia operativa y al cumplimiento de la misión institucional.

Este informe ratifica una gestión satisfactoria en la vigencia 2025, con resultados verificables, una ejecución responsable de los recursos públicos y un impacto positivo en la salud de la población del departamento de Cundinamarca y el país.