



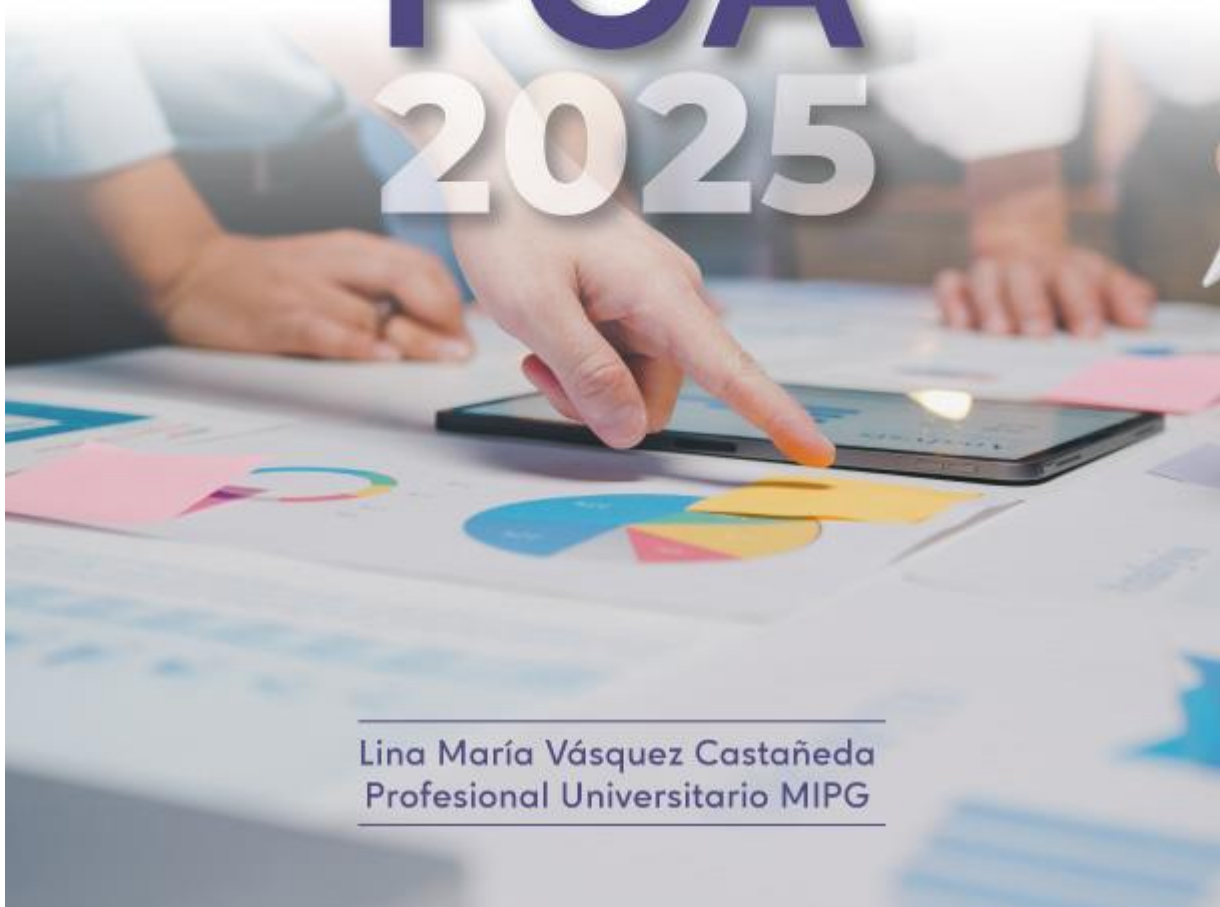
ESE BelloSalud
Juntos construimos vidas saludables

INFORME

Plan Operativo Anual

POA

2025



Lina María Vásquez Castañeda
Profesional Universitario MIPG

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
1. OBJETIVO.....	3
2. ALCANCE.....	3
3. RESPONSABLES.....	3
4. DEFINICIONES.....	5
5. RESUMEN EJECUTIVO.....	6
6. PLAN DE MEJORA.....	32
7. CONCLUSIONES.....	33

INTRODUCCIÓN

El presente informe ejecutivo del Plan Operativo Anual (POA) de la ESE Bellosalud expone de manera clara y concisa los avances, logros y retos alcanzados durante el periodo analizado. Este documento consolida las acciones desarrolladas en cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos por la institución, orientados a garantizar una prestación de servicios de salud con calidad, oportunidad y enfoque humanizado para la comunidad del municipio de Bello.

A través de este informe se presenta el comportamiento de los principales indicadores de gestión, las intervenciones priorizadas, así como los resultados operativos y administrativos que reflejan el compromiso de Bellosalud con la eficiencia, la transparencia y el mejoramiento continuo. De igual manera, se destacan los desafíos identificados y las acciones propuestas para fortalecer la planeación y asegurar el cumplimiento de las metas institucionales en los siguientes periodos.

1. OBJETIVO

Presentar el análisis del avance, cumplimiento y resultados del Plan Operativo Anual (POA) de la ESE Bellosalud durante la vigencia evaluada, con el propósito de evidenciar el desempeño de las líneas estratégicas misionales y de apoyo, identificar las oportunidades de mejora y orientar la toma de decisiones que fortalezcan la calidad de la atención en salud y la eficiencia de la gestión institucional.

2. ALCANCE

El presente informe del Plan Operativo Anual (POA) de la ESE Bellosalud comprende el análisis integral de la ejecución de las metas, actividades y estrategias definidas para el periodo 2025, en coherencia con el Plan de Desarrollo Municipal y el Plan Estratégico Institucional. Su alcance incluye la revisión del desempeño operativo, administrativo, asistencial y financiero de la entidad, así como la verificación del cumplimiento de los indicadores establecidos para cada línea de acción priorizada.

3. RESPONSABLES

Gerencia de la ESE Bellosalud: responsable principal del POA.

- ✓ Orienta la planeación, aprueba la versión final del documento y garantiza los recursos para su ejecución.
- ✓ Presenta los avances ante la Junta Directiva, la Administración Municipal y los entes de control.

Oficina Asesora de Planeación

- ✓ Lidera la formulación, seguimiento y evaluación del POA.
- ✓ Define la metodología, consolida la información de todas las áreas y elabora los informes institucionales.
- ✓ Realiza acompañamiento técnico a los líderes de proceso y coordina el reporte de avances.

Subgerencia Científica

- ✓ Responsable de las metas y actividades relacionadas con la gestión asistencial, calidad, vigilancia epidemiológica y prestación de servicios.
- ✓ Coordina el cumplimiento de indicadores en urgencias, consulta externa, programas de APS, laboratorio, vacunación y servicios de apoyo diagnóstico, entre otras.

Subgerencia Administrativa y Financiera

- ✓ Responsable de las metas y actividades de sostenibilidad financiera, contratación, cartera, presupuesto, compras y logística.
- ✓ Articula la disponibilidad de recursos para que las metas del POA puedan ejecutarse.

Líder Calidad

- ✓ Hace seguimiento a las metas e indicadores del Sistema de Gestión de la Calidad.
- ✓ Alinea las actividades del POA con los estándares de habilitación, auditoría interna y mejora continua.

Subgerencia Talento Humano

- ✓ Responsable de las acciones relacionadas con la gestión del personal, inducción, capacitación, clima laboral y bienestar.
- ✓ Reporta el cumplimiento de las metas propias de su proceso.

Líder de Atención al Usuario / Participación Social

- ✓ Ejecuta las metas orientadas al fortalecimiento de la experiencia del usuario, PQRSD, humanización y participación comunitaria.

Líder de Sistemas de Información / RIPS

- ✓ Responsable del cumplimiento de metas relacionadas con oportunidad, calidad y consistencia de la información, cargues de RIPS y soporte a la gestión operativa.

Líderes de Proceso y Coordinadores de Sede

Incluye responsables de:

Atención Primaria en Salud

- ✓ Urgencias
- ✓ Laboratorio clínico
- ✓ Vacunación
- ✓ Salud Pública
- ✓ Programas especiales
- ✓ Sedes y puntos de atención

Responsabilidad: Formulan metas, ejecutan actividades, reportan avances y alertan sobre desviaciones.

Oficina de Control Interno

- ✓ Realiza seguimiento independiente a la correcta ejecución del POA.
- ✓ Verifica el cumplimiento normativo y emite recomendaciones de mejora.

4. DEFINICIONES

POA: Plan Operativo Anual

Plan de Desarrollo: El Plan de Desarrollo es el documento de planificación estratégica que establece los objetivos, programas, proyectos y metas que orientarán la gestión de un gobierno o entidad pública durante un periodo determinado, normalmente cuatro años. Este plan define la hoja de ruta para el desarrollo económico, social, ambiental e institucional de un territorio, y articula las prioridades y necesidades de la comunidad con los recursos disponibles.

Incluye una visión de largo plazo, líneas estratégicas, indicadores de seguimiento, fuentes de financiación y mecanismos de evaluación. Su propósito es garantizar que la administración actúe de manera ordenada, coherente, transparente y alineada con las políticas nacionales y territoriales.

Indicadores: Los indicadores son herramientas de medición que permiten evaluar de manera cuantitativa o cualitativa el avance, desempeño o resultado de una actividad, proceso, programa o entidad. A través de datos verificables, los indicadores muestran si se están cumpliendo las metas establecidas, identifican desviaciones y facilitan la toma de decisiones basada en evidencia.

Meta: Una meta es un resultado específico, medible y verificable que una organización, área o persona se propone alcanzar dentro de un periodo determinado. Las metas orientan las acciones, permiten evaluar el desempeño y facilitan el seguimiento de los avances en relación con los objetivos planteados.

Numerador: es la parte superior de una fracción o razón y representa la cantidad que se está midiendo, contando o comparando. En indicadores, el numerador

corresponde al **evento, caso o situación que se desea cuantificar** para evaluar un resultado.

Denominador: es la parte inferior de una fracción o razón y representa el total de la población, universo, casos o elementos sobre los cuales se calcula un indicador. Sirve como referencia para comparar, evaluar proporciones y medir el comportamiento de un fenómeno.

5. RESUMEN EJECUTIVO

El Plan Operativo Anual (POA) 2025 de la ESE BelloSalud fue formulado en coherencia con el Plan de Desarrollo Institucional, las políticas del sector salud y las necesidades identificadas en la población usuaria, orientado al cumplimiento de los objetivos estratégicos en materia asistencial, administrativa y financiera.

A corte 31 de diciembre de 2025, el POA presenta un cumplimiento del 96%, lo cual refleja un alto grado de ejecución y efectividad en la gestión institucional, evidenciando el compromiso de la Gerencia y de las diferentes áreas con el logro de las metas programadas.

El porcentaje alcanzado se considera altamente satisfactorio, teniendo en cuenta que:

- ✓ Se ejecutó la gran mayoría de las actividades programadas en las diferentes líneas estratégicas
- ✓ Se garantizó la continuidad en la prestación de los servicios de salud con criterios de calidad y oportunidad
- ✓ Se logró una adecuada articulación entre los procesos asistenciales, administrativos y financieros

El 4% no ejecutado obedece principalmente a factores externos de acceso a la población a impactar.

El alto nivel de cumplimiento del POA se traduce en:

- ✓ Mejora en la calidad de los servicios prestados
- ✓ Fortalecimiento de la gestión institucional
- ✓ Cumplimiento de metas estratégicas y misionales
- ✓ Mayor confianza por parte de los usuarios y entes de control

El cumplimiento del 96% del POA 2025 evidencia una gestión eficiente, organizada y orientada a resultados, posicionando a la ESE BelloSalud como una institución sólida en términos de planeación y ejecución.

Este resultado constituye un aspecto altamente favorable en la evaluación del gerente, al demostrar capacidad de liderazgo, seguimiento y cumplimiento de los compromisos institucionales.

Este es un análisis de cada uno de los indicadores:

Indicador	Total	Cumplido	%	En Proceso	%	No Cumplido	%
Gestión	27	27	100%	0	0%	0	0%
Resultado	6	4	67%	0	0%	2	33%
Cumplimiento	20	19	95%	1	5%	0	0%
Financiero	4	4	100%	0	0%	0	0%
Proceso	7	7	100%	0	0%	0	0%
Cobertura	3	2	67%	0	0%	1	33%
Total Indicadores POA	67	63	94%	1	1%	3	4%
Cumplimiento del Plan Operativo Anual				96%			

LINEA ESTRATEGICA 1:

Juntos Fortalecemos la Gestión Financiera y administrativa de la institución

OBJETIVO: Garantizar la estabilidad y viabilidad económica a través de un análisis continuo de la gestión administrativa, contable y financiera, proporcionando datos clave para la toma de decisiones

COMPONENTE 1: Gestión Administrativa

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	ESTADO	TIPO DE INDICADOR
Ejecución presupuestal en mantenimiento hospitalario	Mayor o igual al 5%	Mensual	8%	Cumplido	Gestión / eficiencia
Cumplimiento del plan anual de adquisiciones	Mayor o igual al 80%	Anual	102%	Cumplido	Gestión / eficiencia
Avances en la Implementación de acciones del Plan de Gestión Ambiental	Mayor o igual al 90%	Semestral	100%	Cumplido	Gestión / cumplimiento
Proporción de cumplimiento del plan de comunicaciones	Mayor o igual al 90%	Trimestral	100%	Cumplido	Gestión / cumplimiento
Requerimientos judiciales contestados dentro del término legal	100%	Mensual	100%	Cumplido	Gestión cumplimiento legal
Proporción de cumplimiento del programa de gestión documental	100%	Trimestral	100%	Cumplido	Gestión / cumplimiento

Ejecución en Mantenimiento Hospitalario (8%)

El resultado supera la meta establecida, evidenciando:

- ✓ Compromiso con la infraestructura hospitalaria
- ✓ Garantía de condiciones adecuadas para la prestación del servicio
- ✓ Gestión eficiente de recursos destinados a mantenimiento

Refleja una adecuada priorización del mantenimiento como factor clave en la calidad del servicio.

Plan Anual de Adquisiciones (102%)

El resultado del 102% evidencia un desempeño altamente favorable, superando la meta institucional y reflejando una gestión eficiente y dinámica del proceso contractual.

Este comportamiento indica:

- ✓ Alto nivel de ejecución del PAA, garantizando la disponibilidad de bienes y servicios requeridos
- ✓ Capacidad institucional para responder a necesidades no previstas inicialmente, mediante ajustes oportunos del plan
- ✓ Flexibilidad y eficiencia en la gestión administrativa y contractual

Adecuada articulación entre la planeación y la operación institucional.

Plan de Gestión Ambiental (100%)

- ✓ Cumplimiento total del indicador, lo que demuestra:
- ✓ Compromiso institucional con la sostenibilidad ambiental
- ✓ Implementación efectiva de acciones ambientales

Se posiciona como una fortaleza institucional en cumplimiento normativo y responsabilidad ambiental.

Plan de Comunicaciones (100%)

El cumplimiento total evidencia:

- ✓ Fortalecimiento de los canales de comunicación interna y externa
- ✓ Adecuada divulgación de información institucional

Refleja una gestión estratégica de la comunicación como herramienta de posicionamiento institucional.

Requerimientos Judiciales (100%)

El cumplimiento del 100% indica:

- ✓ Respuesta oportuna a requerimientos legales

- ✓ Reducción de riesgos jurídicos para la entidad

Evidencia una gestión jurídica eficiente y controlada.

Gestión Documental (100%)

El resultado muestra:

- ✓ Organización y control adecuado de la información institucional
- ✓ Cumplimiento de normativas archivísticas

Fortalece la transparencia, trazabilidad y soporte de la gestión institucional.

A pesar que este indicador se cumplió se tiene un reto importante para la vigencia 2026, el cual hace referencia a la implementación de las TDR las cuales aun no han sido aprobadas por la Gobernación de Antioquia, destacando que se ha hecho una labor importante aun hay retos importantes que estarán plasmados en el plan de acción del año 2026.

Programa 1: Mejoramiento y mantenimiento de la planta física y equipos biomédicos

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	ESTADO	TIPO DE INDICADOR
Actualización del Plan de Gestión de Residuos Generados en la atención de servicios de Salud y otras actividades PGIRASA	100%	Anual	100%	Cumplido	Cumplimiento/ Gestión administrativa
Proporción de mantenimientos efectuados a la planta física	≥ 90 %	Trimestral	100%	Cumplido	De gestión / Eficiencia operativa
			100%		
Proporción de mantenimientos efectuados a equipos biomédico	≥ 90 %	Trimestral	100%	Cumplido	De gestión / Eficiencia operativa
			100%		
Proporción de calibraciones efectuados a equipos biomédicos	≥ 90 %	Anual	100%	Cumplido	De gestión / Calidad técnica
Renovación de equipos biomédicos del laboratorio clínico	≥ 90 %	Anual	100%	Cumplido	De gestión / Inversión / Modernización tecnológica
Adquisición de equipos biomédicos para la atención por medicina	≥ 90 %	Anual	100%	Cumplido	De gestión / Inversión

Gestión Ambiental – PGIRASA (100%)

El cumplimiento total evidencia:

- ✓ Actualización oportuna del plan conforme a la normatividad vigente
- ✓ Fortalecimiento en el manejo adecuado de residuos hospitalarios
- ✓ Compromiso institucional con la sostenibilidad ambiental y la seguridad sanitaria

Refleja una gestión responsable y alineada con estándares regulatorios.

Mantenimiento de Infraestructura (100%)

El resultado garantiza:

- ✓ Condiciones óptimas de la planta física
- ✓ Entornos seguros para usuarios y colaboradores
- ✓ Prevención de riesgos operativos

Evidencia una adecuada planificación y ejecución del mantenimiento hospitalario.

Mantenimiento de Equipos Biomédicos (100%)

Se destaca:

- ✓ Alta disponibilidad de equipos para la atención
- ✓ Reducción de fallas y eventos adversos
- ✓ Gestión preventiva eficiente

Fortaleza institucional en la continuidad operativa del servicio.

Calibración de Equipos Biomédicos (100%)

El cumplimiento asegura:

- ✓ Precisión en diagnósticos y procedimientos clínicos
- ✓ Cumplimiento de estándares de calidad técnica
- ✓ Seguridad del paciente

Indicador clave que respalda la calidad científica de la atención.

Renovación Tecnológica – Laboratorio Clínico (100%)

Este resultado evidencia:

- ✓ Modernización de equipos biomédicos
- ✓ Fortalecimiento de la capacidad diagnóstica
- ✓ Actualización tecnológica acorde a las necesidades del servicio

Refleja inversión estratégica orientada a mejorar la calidad del servicio.

Adquisición de Equipos Biomédicos (100%)

El cumplimiento indica:

- ✓ Fortalecimiento de la capacidad instalada
- ✓ Respuesta efectiva a necesidades asistenciales
- ✓ Planeación adecuada de inversiones

Demuestra gestión proactiva en la dotación tecnológica.

Programa 2: Gestión de la información

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	ESTADO	TIPO DE INDICADOR
Proporción de mantenimiento preventivo efectuados a los equipos de ofimática	Mayor o igual al 90%	Anual	100%	Cumplido	De gestión / Eficiencia operativa

Este indicador mide la proporción de mantenimientos preventivos realizados a los equipos de ofimática, tales como computadores, impresoras y demás herramientas tecnológicas de apoyo administrativo, con el fin de garantizar su correcto funcionamiento y disponibilidad.

El cumplimiento del 100% evidencia un desempeño óptimo, reflejando una gestión eficiente en el mantenimiento de los recursos tecnológicos de apoyo administrativo.

Este resultado indica:

- ✓ Alta disponibilidad y operatividad de los equipos de ofimática
- ✓ Disminución de fallas técnicas que puedan afectar los procesos administrativos
- ✓ Implementación de un enfoque preventivo y no reactivo en la gestión tecnológica
- ✓ Continuidad en los procesos institucionales sin interrupciones por fallas de equipos

Programa 3: Defensa Jurídica

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	ESTADO	TIPO DE INDICADOR
Respuesta oportuna a demandas	≥ 95 %	Mensual	100%	Cumplido	Gestión / Eficiencia / Cumplimiento
Gestión comité conciliación	≥ 90 %	Semestral	100%	Cumplido	Gestión / Eficiencia administrativa
Respuesta oportuna a peticiones	≥ 95 %	Trimestral	100%	Cumplido	Gestión / Eficiencia / Calidad en la atención
Respuesta oportuna a tutelas	≥ 95 %	Mensual	100%	Cumplido	Gestión / Cumplimiento legal / Eficiencia administrativa

Respuesta Oportuna a Demandas (100%)

El cumplimiento total evidencia:

- ✓ Atención oportuna a procesos judiciales
- ✓ Disminución del riesgo de sanciones o fallos adversos por extemporaneidad
- ✓ Organización y control en la gestión jurídica.

Refleja una gestión legal eficiente y preventiva.

Gestión del Comité de Conciliación (100%)

Este resultado demuestra:

- ✓ Funcionamiento adecuado de los mecanismos de conciliación
- ✓ Análisis oportuno de controversias jurídicas
- ✓ Posible reducción de litigios mediante soluciones alternativas

Evidencia fortalecimiento de la gestión jurídica estratégica.

Respuesta Oportuna a Peticiones (100%)

El cumplimiento indica:

- ✓ Atención eficaz a PQRS de los usuarios
- ✓ Cumplimiento de tiempos legales
- ✓ Mejora en la percepción de calidad del servicio

Refleja una institución orientada al usuario y a la mejora del servicio.

Respuesta Oportuna a Tutelas (100%)

Este resultado es especialmente relevante, ya que evidencia:

- ✓ Cumplimiento estricto de términos legales
- ✓ Protección efectiva de los derechos fundamentales de los usuarios
- ✓ Disminución del riesgo jurídico institucional.

Indicador crítico que demuestra control total en la gestión legal y asistencial.

COMPONENTE 2: Estabilidad y Continuidad con Beneficio Social y Económico					
INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	ESTADO	TIPO DE INDICADOR
Índice de Liquidez	>1	Trimestral	1	Cumplido	Financiero

El índice de liquidez evidencia que la ESE BelloSalud mantiene un equilibrio financiero adecuado y cumple con la meta establecida, garantizando la atención de sus obligaciones de corto plazo.

No obstante, el resultado en el umbral mínimo sugiere la necesidad de fortalecer la gestión financiera para lograr mayor solidez y capacidad de respuesta, lo cual representa una oportunidad de mejora como:

- Fortalecer la gestión de recaudo de cartera para mejorar la disponibilidad de efectivo
- Optimizar la programación de pagos y obligaciones
- Incrementar estrategias de eficiencia en el gasto
- Mantener control sobre el crecimiento de pasivos corrientes.

Programa 1: Aprobación e implementación del PSFF

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	ESTADO	TIPO DE INDICADOR
Proporción de cumplimiento de las metas del PSFF por vigencia o PGIRS según corresponda	≥ 90 %	Semestral	100%	Cumplido	Gestión / Financiero

Este indicador mide la proporción de cumplimiento de las metas establecidas en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) o el Plan de Gestión Integral del Riesgo en Salud (PGIRS), según aplique, evaluando el avance en la ejecución de acciones orientadas a la sostenibilidad financiera y mitigación de riesgos institucionales.

El cumplimiento del 100% evidencia un desempeño sobresaliente, reflejando la ejecución total de las metas establecidas dentro del programa, lo cual indica:

- ✓ Implementación efectiva de las estrategias financieras y de gestión del riesgo
- ✓ Cumplimiento de los compromisos institucionales definidos en el plan
- ✓ Seguimiento riguroso y control sobre las acciones programadas
- ✓ Articulación adecuada entre las áreas responsables de la gestión financiera

Sin embargo, a pesar de haber cumplido con este indicador por cumplir con las actividades programadas, aun esta en espera de ser viabilizado y aprobado por la Gobernación de Antioquia, de esta manera hay un reto importante en el 2026, de hacer un seguimiento riguroso y responsable para que este sea aprobado.

Programa 2: Procesos financieros de cartera, compras y facturación eficientes

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Proporción de Glosas definitivas	<8%	Mensual	1%	Cumplido	Gestión / Control financiero / Eficiencia administrativa

Rotación de cartera posterior al reconocimiento de la deuda.	Rotación Mayor o igual 4 veces al año o días de cobro ≤ 45 días	Trimestral	10	Cumplido	Liquidez / Gestión financiera / Recuperación de cartera
			-4	Cumplido	
Proporción de Medicamentos y Material Médico - Quirúrgico Adquiridos Mediante Mecanismos de Compras Conjuntas; a través de Cooperativas o Mecanismos Electrónicos	Mayor o igual al 70%	Anual	100%	Cumplido	Gestión / Abastecimiento / Control de insumos médicos

Proporción de Glosas Definitivas (1%)

El resultado alcanzado es altamente favorable, ubicándose muy por debajo de la meta establecida (<8%), lo que indica:

- Eficiencia en los procesos de facturación y auditoría de cuentas médicas.
- Disminución de pérdidas por devoluciones o no reconocimiento de servicios.
- Fortalecimiento en la calidad del registro clínico y administrativo.

Este resultado refleja una gestión sólida en control financiero, minimizando riesgos de pérdida de ingresos y mejorando la confiabilidad en la facturación.

Rotación de Cartera (Cumple)

El indicador evidencia cumplimiento de los parámetros definidos (≥ 4 rotaciones anuales o ≤ 45 días de recaudo), lo que permite inferir:

- Flujo de caja adecuado para la operación institucional
- Capacidad de gestión en el recaudo oportuno de cartera
- Control sobre la acumulación de cuentas por cobrar.

Se evidencia una gestión efectiva de liquidez, clave para la sostenibilidad financiera de la ESE, garantizando la continuidad en la prestación de servicios.

Compras Conjuntas de Medicamentos

El resultado del 100% evidencia un desempeño sobresaliente, indicando que la totalidad de las adquisiciones de medicamentos e insumos médicos se realizó a través de mecanismos que favorecen economías de escala y mejores condiciones comerciales.

Este comportamiento refleja:

- Estandarización de los procesos de compra, alineados con estrategias de eficiencia
- Optimización de los recursos financieros, mediante reducción de costos en adquisición
- Fortalecimiento del control del abastecimiento, garantizando trazabilidad y transparencia

- Disminución del riesgo de desabastecimiento, gracias a procesos más estructurados y planificados

Programa 3: Gestión Para el Equilibrio Presupuestal y Pagos

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	ESTADO	TIPO DE INDICADOR
Ejecución presupuestal %	≥95%	Trimestral	98%	Cumplido	Financiero / Gestión presupuestaria
Rotación de cuentas por pagar	≥3	Trimestral	5	Cumplido	Financiero / Gestión de pasivos

Los indicadores evaluados reflejan la capacidad institucional para ejecutar eficientemente los recursos presupuestales y gestionar oportunamente sus obligaciones financieras, aspectos determinantes para la sostenibilidad y estabilidad económica de la ESE.

Ejecución Presupuestal (98%)

El resultado supera la meta establecida, evidenciando:

- ✓ Alto nivel de ejecución de los recursos financieros
- ✓ Coherencia entre la planeación presupuestal y la ejecución real
- ✓ Capacidad institucional para materializar proyectos y actividades programadas

Refleja una gestión presupuestal eficiente y efectiva, orientada al cumplimiento de objetivos institucionales.

Rotación de Cuentas por Pagar (5)

El resultado supera ampliamente la meta (≥3), lo que indica:

- ✓ Pago oportuno a proveedores y contratistas
- ✓ Adecuada gestión de obligaciones financieras
- ✓ Flujo de caja favorable para la operación institucional

Evidencia una gestión sólida de pasivos, fortaleciendo la credibilidad institucional y la continuidad del servicio.

Programa 4: Estrategias para la Generación De nuevo Ingresos

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Proporción de estrategias desarrolladas para la generación de nuevos ingresos	100%	Semestral	100%	Cumplido	De gestión / Desempeño estratégico

Este indicador mide la proporción de estrategias desarrolladas e implementadas para la generación de nuevos ingresos, evaluando la capacidad institucional para diversificar fuentes de financiación y fortalecer la sostenibilidad económica.

El cumplimiento del 100% evidencia que la totalidad de las estrategias previstas fueron desarrolladas, lo que refleja:

- ✓ Gestión proactiva en la búsqueda de nuevas fuentes de ingreso
- ✓ Capacidad institucional para identificar oportunidades de crecimiento financiero
- ✓ Diversificación de ingresos más allá de las fuentes tradicionales

Este resultado es especialmente relevante en el contexto del sector salud, donde la sostenibilidad financiera depende en gran medida de la innovación y la gestión estratégica.

LINEA ESTRATEGICA 2: Juntos fortalecemos los procesos internos asistenciales

OBJETIVO: Mejorar la eficiencia y calidad de los procesos internos asistenciales mediante la implementación de medidas que permitan aumentar la satisfacción del paciente y garantizar una atención efectiva y segura

COMPONENTE 1: Gestión Asistencial

Programa 1: Optimización De Los Servicios Habilitados

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Porcentaje ocupacional	Mayor o igual al 10%	Mensual	39%	Cumplido	De gestión / Eficiencia operativa
Promedio días estancia	Menor o igual a 5 días	Mensual	5	Cumplido	De gestión / Eficiencia operativa
Porcentaje de pacientes hipertensos controlados mayores de 60 años	60%	Mensual	72%	Cumplido	De resultado / De salud pública
Porcentaje de esquemas de vacunación en niños Menores de 1 año	>95%	Mensual	51%	No Cumplido	De resultado / Cobertura de salud pública

Los indicadores evaluados permiten analizar el desempeño institucional en eficiencia operativa de los servicios y resultados en salud pública, evidenciando tanto la capacidad instalada como el impacto en la población atendida.

Porcentaje Ocupacional (39%)

El resultado supera ampliamente la meta, evidenciando:

- ✓ Uso adecuado de la capacidad instalada

- ✓ Mayor aprovechamiento de los servicios ofertados
- ✓ Posicionamiento institucional en la prestación de servicios

Refleja eficiencia operativa y adecuada gestión de la demanda.

Promedio de Días de Estancia (5 días)

El indicador cumple la meta establecida, lo que indica:

- ✓ Optimización en la rotación de camas
- ✓ Procesos clínicos eficientes
- ✓ Reducción de estancias innecesarias

Evidencia control en la gestión hospitalaria y eficiencia en la atención.

Control de Hipertensos (>60 años) – 72%

El resultado supera la meta, reflejando:

- ✓ Impacto positivo en la gestión del riesgo cardiovascular
- ✓ Efectividad del programa de enfermedades crónicas
- ✓ Seguimiento adecuado a pacientes

Indicador altamente favorable en términos de resultados en salud.

Esquema de Vacunación en <1 año (51%)

El resultado se encuentra significativamente por debajo de la meta (>95%), evidenciando:

- ✓ Baja cobertura en vacunación infantil
- ✓ Posibles barreras de acceso, adherencia o captación de población
- ✓ Riesgo en salud pública por esquemas incompletos

Este indicador representa una alerta crítica, dado su impacto directo en la salud infantil y en el cumplimiento de políticas públicas.

El indicador fue afectado por razones externas, se crearon estrategias para el cumplimiento, pero estas no dieron el resultado esperado, sin embargo, para la vigencia 2026 se están creando estrategias para aumentar el porcentaje de cumplimiento de este indicador, impactar a la población objetivo y cumplir con la meta establecida.

Programa 2: Mejora De La Accesibilidad

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	Menor o igual a 3 días	Mensual	1	Cumplido	De gestión / Calidad en atención al usuario

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General	Menor o igual a 3 días	Mensual	2	Cumplido	De gestión / Calidad en atención al usuario
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	Menor o igual a 30 minutos	Mensual	29	Cumplido	De gestión / Calidad en atención
Proporción de reingreso pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Por 100 (%)	Mensual	0	Cumplido	Resultado/Calidad

Los indicadores evaluados permiten analizar la oportunidad en el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención brindada a los usuarios, aspectos fundamentales para la satisfacción del paciente y el desempeño institucional.

Oportunidad en Asignación de Citas (Medicina y Odontología)

Los resultados evidencian:

- ✓ Alta oportunidad en el acceso a servicios ambulatorios
- ✓ Capacidad institucional para responder a la demanda de consulta externa
- ✓ Reducción de barreras de acceso para los usuarios.

Refleja una gestión eficiente en la programación y asignación de citas, impactando positivamente la satisfacción del usuario.

Tiempo de Atención en Triage 2 (29 minutos)

El resultado se ubica dentro del estándar establecido, evidenciando:

- ✓ Oportunidad adecuada en la atención de pacientes prioritarios
- ✓ Capacidad del servicio de urgencias para responder dentro de los tiempos definidos
- ✓ Mejora en la gestión del flujo de pacientes en comparación con escenarios por encima de la meta

Adicionalmente, al encontrarse cercano al límite, refleja un control operativo eficiente, aunque con margen reducido.

Reingreso a Urgencias <72 horas (0%)

El resultado es óptimo, evidenciando:

- ✓ Alta resolutiveidad en la atención inicial
- ✓ Adecuado manejo clínico de los pacientes
- ✓ Disminución de eventos adversos o complicaciones
- ✓

Indicador sobresaliente que respalda la calidad del servicio.

COMPONENTE 2: Compromiso Con La Promoción y Mantenimiento De La Salud

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Porcentaje de tamización para virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en gestantes	Mayor o igual al 95%	Mensual	100%	Cumplido	proceso / Prevención y control de enfermedades
Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis en el ingreso	100%	Mensual	100%	Cumplido	proceso / Prevención y control de enfermedades
Proporción de gestantes con valoración por odontología	Mayor o igual al 85%	Mensual	95%	Cumplido	proceso / Atención integral materna

Los indicadores evaluados permiten analizar la gestión institucional en prevención, detección temprana y atención integral de la gestante, evidenciando el cumplimiento de acciones clave para la reducción de riesgos materno-perinatales.

Tamización de VIH en Gestantes (100%)

El cumplimiento total evidencia:

- ✓ Cobertura universal en la detección temprana de VIH
- ✓ Aplicación efectiva de protocolos de control prenatal
- ✓ Reducción del riesgo de transmisión materno-infantil

Indicador crítico con resultado sobresaliente en salud pública.

Tamizaje de Sífilis en el Ingreso (100%)

El resultado refleja:

- ✓ Cumplimiento estricto de la normatividad en atención prenatal
- ✓ Diagnóstico oportuno de infecciones de alto impacto
- ✓ Fortalecimiento de la prevención de sífilis congénita
- ✓

Evidencia control total en procesos clave de salud materna.

Valoración Odontológica en Gestantes (95%)

El resultado supera la meta, indicando:

- ✓ Enfoque integral en la atención de la gestante
- ✓ Articulación efectiva entre servicios asistenciales
- ✓ Reconocimiento de la salud oral como parte del cuidado materno

Refleja calidad y completitud en la atención prenatal.

Programa 1: Atención Integral En Curso De Vida - RIAS

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Coberturas de Vacunación con esquema completo para el año, Triple Viral.	>95%	Mensual	49%	No Cumplido	resultado / Cobertura de inmunización
Porcentaje de seguimiento realizado a niños y niñas de 0 a 59 meses, con Desnutrición aguda	100%	Mensual	100%	Cumplido	proceso / Atención nutricional y seguimiento
Porcentaje de usuarios entre 2 y 17 años con dos controles de placa al año.	>30%	Mensual	114%	Cumplido	proceso / Atención preventiva odontológica

Los indicadores evaluados permiten analizar el desempeño institucional en coberturas de inmunización, seguimiento nutricional y acciones de promoción y prevención, aspectos fundamentales para el impacto en la salud de la población infantil y adolescente.

Cobertura de Vacunación Triple Viral (49%)

El resultado se encuentra muy por debajo de la meta (>95%), evidenciando:

- ✓ Baja cobertura en esquemas completos de vacunación
- ✓ Posibles barreras en acceso, captación o adherencia de la población
- ✓ Riesgo en salud pública por incremento de enfermedades prevenibles

Este indicador representa una alerta crítica institucional, dado su impacto directo en la población infantil y en el cumplimiento de metas sanitarias.

Una de las situaciones por las cuales no se logro la meta de este indicador, fue por las barreras en el acceso y en la captación de la población, a pesar de las estrategias y esfuerzos administrativos, la articulación con la secretaria de Salud, no se logró, sin embargo, para el 2026 se esta implementando nuevas estrategias que esperamos tener un resultado positivo para el cumplimiento de este indicador.

Seguimiento a Niños con Desnutrición Aguda (100%)

El cumplimiento total refleja:

- ✓ Seguimiento oportuno y completo a casos identificados
- ✓ Articulación efectiva de los programas de atención nutricional
- ✓ Enfoque en la gestión del riesgo en población vulnerable
- ✓

Indicador altamente positivo en términos de atención integral y control del riesgo.

Controles de Placa en Población 2-17 Años (114%)

El resultado supera ampliamente la meta, evidenciando:

- ✓ Alta cobertura en acciones de promoción y prevención en salud oral
- ✓ Estrategias efectivas de captación y seguimiento
- ✓ Posicionamiento de los servicios odontológicos preventivos

Desempeño sobresaliente en programas de promoción de la salud.

LINEA ESTRATEGICA 3: Juntos Fortalecemos De La Participación Social En Salud

Objetivo: Garantizar el derecho a la ciudadanía a vincularse en la toma de decisiones en la institución

COMPONENTE 1: Atención y Formación Al Usuario Externo

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Proporción de satisfacción Global de los usuarios de la ESE	Mayor o igual al 85%	Mensual	98%	Cumplido	proceso / Gestión y comunicación organizacional

Este indicador mide la proporción de satisfacción global de los usuarios frente a los servicios prestados por la ESE, evaluando la percepción sobre la calidad, oportunidad, trato humanizado y eficiencia en la atención.

El resultado del 98% evidencia un nivel de satisfacción sobresaliente, lo que refleja: Alta percepción positiva de los usuarios sobre los servicios de salud.

- ✓ Calidad en la atención brindada por el talento humano
- ✓ Oportunidad en la prestación de los servicios
- ✓ Implementación efectiva de estrategias de humanización

Este resultado es consistente con el buen desempeño observado en indicadores de oportunidad, accesibilidad y calidad asistencial.

Programa 1: Comunicación y Orientación a l Usuario Externo

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Proporción de cumplimiento del Plan de Comunicaciones con enfoque al usuario externo	Mayor o igual al 90%	Mensual	98%	Cumplido	cumplimiento/ Gestión

Este indicador mide la proporción de cumplimiento del Plan de Comunicaciones dirigido al usuario externo, evaluando la efectividad de las estrategias implementadas para informar, orientar y fortalecer la relación con la comunidad.

El cumplimiento del 98% evidencia una gestión altamente efectiva en comunicación externa, reflejando:

- ✓ Ejecución oportuna de las actividades programadas en el plan
- ✓ Fortalecimiento de los canales de información hacia la comunidad
- ✓ Adecuada difusión de servicios, programas y campañas institucionales

Mejora en la interacción y cercanía con los usuarios.

Programa 2: Implementación de la Política de Participación Social en Salud

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Gestión y respuesta de PQRSD	Menor o igual a 15 días	Mensual	1	Cumplido	Gestión, eficacia y calidad
Proporción de comités de ética efectuados	Mayor o igual al 90%	Mensual	100%	Cumplido	cumplimiento y gestión
Ejecución del Plan de la Política de Participación Social en salud	Mayor o igual al 90%	Mensual	90%	Cumplido	cumplimiento y gestión

Los indicadores evaluados permiten analizar la gestión institucional en atención al usuario, participación social y cumplimiento de instancias éticas, aspectos clave para la transparencia, la calidad del servicio y la relación con la comunidad.

Gestión y Respuesta de PQRSD (1 día)

El resultado evidencia un desempeño sobresaliente:

- ✓ Respuesta altamente oportuna a las solicitudes de los usuarios
- ✓ Eficiencia en los procesos de atención y gestión de requerimientos
- ✓ Fortalecimiento de la confianza y satisfacción del usuario

Indicador crítico con resultado destacado en calidad y oportunidad.

Comités de Ética Efectuados (100%)

El cumplimiento total refleja:

- ✓ Funcionamiento adecuado de los espacios de deliberación ética
- ✓ Cumplimiento normativo en la gestión institucional
- ✓ Fortalecimiento de la toma de decisiones con enfoque ético.

Evidencia compromiso institucional con la transparencia y la calidad en la atención.

Ejecución de la Política de Participación Social (90%)

El cumplimiento del 90% evidencia que la institución alcanzó la meta establecida, lo que refleja:

- ✓ Ejecución adecuada de las actividades programadas en participación social

- ✓ Avances en la vinculación de la comunidad en procesos institucionales
- ✓ Fortalecimiento de los espacios de diálogo y control social

Al ubicarse exactamente en el umbral de la meta, se evidencia cumplimiento, aunque con margen limitado de superación.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4. Juntos fortalecemos la planeación y la calidad en la atención

COMPONENTE 1: Fortalecimiento de la Planeación y la Calidad en la Atención

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Promedio de la calificación de la Autoevaluación de los estándares de Acreditación	Promedio por año 1,2	Anual	1,20	En Progreso	de calidad y desempeño
Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento continuo de la calidad de la Atención en Salud	Mayor o igual al 90%	Mensual	100%	Cumplido	efectividad, calidad y gestión,
Cumplimiento del plan de mejoramiento del MIPG	Mayor o igual al 90%	Semestral	100%	Cumplido	cumplimiento, gestión y desempeño

Los indicadores evaluados permiten analizar el desempeño institucional en calidad de la atención, fortalecimiento de estándares de acreditación y mejora continua, evidenciando el grado de madurez del sistema de gestión y el compromiso con la excelencia.

Autoevaluación de Estándares de Acreditación (1,2)

El resultado alcanzado cumple la meta establecida, evidenciando:

- ✓ Avance significativo en el cumplimiento de estándares de calidad
- ✓ Fortalecimiento del sistema de gestión de calidad institucional
- ✓ Compromiso con procesos de mejora continua orientados a la acreditación

El estado “en progreso” es coherente con la naturaleza del proceso de acreditación, el cual es gradual, continuo y de mediano plazo.

Efectividad del PAMEC (100%)

El cumplimiento total evidencia:

- ✓ Implementación efectiva del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad
- ✓ Seguimiento riguroso a procesos asistenciales y administrativos
- ✓ Mejora continua en la prestación de servicios

Indicador sobresaliente que respalda la calidad institucional.

Cumplimiento del Plan de Mejoramiento MIPG (100%)

El resultado refleja:

- ✓ Ejecución total de las acciones de mejora institucional.
- ✓ Fortalecimiento del sistema de gestión.
- ✓ Cumplimiento de lineamientos de gestión pública.

Evidencia disciplina administrativa y compromiso con la mejora continua.

La ESE BelloSalud evidencia una gestión sólida en calidad y mejora continua, con resultados sobresalientes en la ejecución del PAMEC y del MIPG.

No obstante, el avance en los estándares de acreditación se encuentra en proceso, representando una oportunidad estratégica de fortalecimiento institucional.

En términos generales, estos indicadores aportan de manera altamente favorable a la evaluación del gerente, destacando el compromiso con la calidad y la mejora continua.

Programa 1: Fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en cada uno de sus Componentes

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Proporción de actividades ejecutadas del plan de cumplimiento de los estándares del SUH	Mayor o igual al 90%	Mensual	100%	Cumplido	cumplimiento, gestión y desempeño
Proporción de implementación de los lineamientos de seguridad del paciente del de Salud Ministerio	Mayor o igual al 90%	Mensual	93%	Cumplido	cumplimiento, gestión y calidad
Proporción de análisis en comité de los indicadores de la resolución 256 de 2016	Mayor o igual al 90%	Mensual	100%	Cumplido	cumplimiento, gestión y seguimiento

Los indicadores evaluados permiten analizar el desempeño institucional en cumplimiento de estándares de habilitación, seguridad del paciente y seguimiento a indicadores de calidad, evidenciando la solidez del sistema de gestión y el compromiso con la mejora continua.

Cumplimiento de Estándares del SUH (100%)

El resultado evidencia:

- ✓ Ejecución total del plan de cumplimiento de estándares
- ✓ Garantía de condiciones de habilitación en los servicios
- ✓ Fortalecimiento de la calidad en la prestación

Indicador sobresaliente que respalda el cumplimiento normativo institucional.

Implementación de Lineamientos de Seguridad del Paciente (93%)

El resultado supera la meta, reflejando:

- ✓ Avances significativos en la cultura de seguridad del paciente
- ✓ Implementación de prácticas seguras en la atención
- ✓ Reducción de riesgos asociados a eventos adversos

Indicador favorable con margen de mejora hacia el 100%.

Análisis de Indicadores Resolución 256 de 2016 (100%)

El cumplimiento total indica:

- ✓ Seguimiento riguroso a indicadores de calidad en salud
- ✓ Funcionamiento efectivo de los comités institucionales
- ✓ Uso de la información para la toma de decisiones

Refleja madurez en la gestión de la calidad y el control institucional.

Programa 2: Fortalecimiento Del MIPG

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Proporción de actividades ejecutadas del plan de acción de MIPG	Mayor o igual al 90%	Semestral	98%	Cumplido	cumplimiento, gestión y desempeño

Este indicador mide la proporción de actividades ejecutadas del Plan de Acción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), evaluando el nivel de cumplimiento de las acciones orientadas al fortalecimiento de la gestión institucional, el desempeño organizacional y la mejora continua.

El cumplimiento del 98% evidencia una ejecución altamente eficiente del plan de acción, reflejando:

- ✓ Alto nivel de cumplimiento de las actividades programadas
- ✓ Articulación efectiva entre planeación, ejecución y seguimiento
- ✓ Compromiso institucional con el fortalecimiento del sistema de gestión
- ✓ Capacidad de respuesta frente a los lineamientos del MIPG

Este resultado demuestra una gestión organizada y orientada a resultados, con una mínima brecha frente al cumplimiento total.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5. Juntos Fortalecemos los Procesos del Talento Humano

COMPONENTE 1: Gestión Integral del Talento Humano

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Proporción de cumplimiento con el Plan estratégico de talento humano	Mayor o igual al 90%	Mensual	100%	Cumplido	cumplimiento, gestión y desempeño

Este indicador mide la proporción de cumplimiento del Plan Estratégico de Talento Humano, evaluando la ejecución de acciones orientadas al desarrollo, bienestar, capacitación y fortalecimiento del personal de la institución.

El cumplimiento del 100% evidencia una gestión sobresaliente del talento humano, reflejando:

- ✓ Ejecución total de las actividades programadas
- ✓ Fortalecimiento de las competencias del personal
- ✓ Implementación efectiva de estrategias de bienestar laboral
- ✓ Alineación del talento humano con los objetivos institucionales

Este resultado demuestra una gestión integral del recurso humano como eje fundamental del desempeño institucional.

Programa 1: Ingreso y Desarrollo del Talento Humano

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Cobertura de inducción	Mayor o igual al 90%	Mensual	100%	Cumplido	cobertura, gestión y desempeño
Cobertura de Reinducción	Mayor o igual al 90%	Mensual	100%	Cumplido	cobertura, gestión y desempeño
Proporción de ejecución del plan de capacitaciones	Mayor o igual al 90%	Mensual	100%	Cumplido	cumplimiento, gestión y desempeño

Los indicadores evaluados permiten analizar el desempeño institucional en procesos de inducción, reinducción y capacitación del talento humano, componentes fundamentales para garantizar la calidad en la prestación de los servicios y el fortalecimiento de las competencias del personal.

Cobertura de Inducción (100%)

El cumplimiento total evidencia:

- ✓ Ingreso adecuado del personal con conocimiento institucional

- ✓ Alineación del talento humano con la misión, visión y procesos
- ✓ Reducción de errores derivados de desconocimiento institucional

Refleja una gestión organizada en la vinculación del personal.

Cobertura de Reinducción (100%)

El resultado indica:

- ✓ Actualización permanente del personal en procesos institucionales
- ✓ Refuerzo de conocimientos y lineamientos organizacionales
- ✓ Adaptación continua a cambios normativos y operativos

Evidencia fortalecimiento continuo de competencias.

Ejecución del Plan de Capacitaciones (100%)

El cumplimiento refleja:

- ✓ Desarrollo integral de competencias del talento humano
- ✓ Ejecución total de las actividades formativas programadas
- ✓ Fortalecimiento de la calidad en la prestación del servicio

Indicador sobresaliente en la gestión del conocimiento institucional.

Programa 2: Calidad de Vida de los Servidores

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Proporción de implementación del Plan de seguridad y salud en el trabajo	Mayor o igual al 90%	Mensual	81%	En proceso	cumplimiento, gestión y desempeño operativo.
Proporción de ejecución del plan de incentivos y bienestar	Mayor o igual al 90%	Mensual	100%	Cumplido	cumplimiento, gestión y desempeño operativo.
Proporción de cumplimiento del cronograma de implementación del modelo de atención humanizado	Mayor o igual al 90%	Mensual	100%	Cumplido	cumplimiento, gestión y desempeño operativo

Los indicadores evaluados permiten analizar la gestión institucional en seguridad y salud en el trabajo, bienestar laboral y humanización de la atención, componentes clave para el desempeño del talento humano y la calidad del servicio.

Implementación del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo (81%)

El resultado se encuentra por debajo de la meta, evidenciando:

- ✓ Avances parciales en la ejecución del plan
- ✓ Posibles retrasos en actividades programadas
- ✓ Brechas en la implementación total de acciones de prevención de riesgos laborales

Este indicador representa una oportunidad de mejora prioritaria, dado su impacto en la protección del talento humano y el cumplimiento normativo. Este es un indicador que se encuentra en proceso, cumpliendo los estándares de manera parcial, en algunos casos por razones ajenas al desarrollo del sistema.

Ejecución del Plan de Incentivos y Bienestar (100%)

El cumplimiento total refleja:

- ✓ Desarrollo integral de estrategias de bienestar laboral
- ✓ Fortalecimiento del clima organizacional
- ✓ Incremento en la motivación y satisfacción del personal

Indicador sobresaliente en gestión del talento humano.

Implementación del Modelo de Atención Humanizado (100%)

El resultado evidencia:

- ✓ Cumplimiento total de las acciones orientadas a la humanización del servicio
- ✓ Enfoque institucional centrado en el usuario
- ✓ Mejora en la experiencia del paciente

Refleja una gestión alineada con estándares de calidad y atención centrada en la persona.

Programa 3: Humanización de la Prestación de los Servicios

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Proporción de cumplimiento del cronograma de implementación del modelo de atención humanizado	Mayor o igual al 90%	Mensual	1	Cumplido	De cumplimiento y gestión

Este indicador mide la proporción de cumplimiento del cronograma de implementación del modelo de atención humanizado, evaluando el desarrollo de acciones orientadas a garantizar una atención centrada en el usuario, con enfoque en dignidad, respeto y calidad en el servicio.

El cumplimiento del 100% evidencia la ejecución total de las actividades programadas, lo que refleja:

- ✓ Implementación efectiva del modelo de atención humanizado
- ✓ Integración del enfoque centrado en el usuario en los procesos asistenciales
- ✓ Fortalecimiento de la cultura organizacional basada en el trato digno

Este resultado confirma que la institución no solo planifica, sino que materializa las estrategias de humanización en la atención.

Programa 4: Gestión del Desempeño Laboral

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Proporción de cumplimiento con el Plan de evaluación del desempeño	100%	Mensual	100%	Cumplido	cumplimiento, gestión y desempeño

Este indicador mide la proporción de cumplimiento del Plan de Evaluación del Desempeño, evaluando la ejecución de los procesos orientados a medir, analizar y retroalimentar el desempeño del talento humano en la institución.

El cumplimiento del 100% evidencia la ejecución total de las actividades programadas, lo que refleja:

- ✓ Implementación efectiva del modelo de atención humanizado
- ✓ Integración del enfoque centrado en el usuario en los procesos asistenciales
- ✓ Fortalecimiento de la cultura organizacional basada en el trato digno

Este resultado confirma que la institución no solo planifica, sino que materializa las estrategias de humanización en la atención.

Programa 5: Plan de Retiro

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Formulación de la Política de Gestión del Conocimiento	1	Anual	100%	Cumplido	De cumplimiento y gestión
Cumplimiento de las actividades de capacitación prejubilarle	Mayor o igual al 90%	Mensual	100%	Cumplido	cumplimiento, gestión y desempeño operativo.

Los indicadores evaluados permiten analizar el desempeño institucional en gestión del conocimiento y preparación del talento humano en etapa de retiro, aspectos clave para la sostenibilidad organizacional y la transferencia de saberes.

Formulación de la Política de Gestión del Conocimiento (100%)

El cumplimiento total evidencia:

- ✓ Formulación e implementación de lineamientos para la gestión del conocimiento
- ✓ Estructuración de mecanismos para la captura, transferencia y conservación del saber institucional
- ✓ Fortalecimiento de la memoria organizacional

Indicador estratégico que aporta a la sostenibilidad institucional a largo plazo.

Capacitación Prejubilar (100%)

El resultado refleja:

- ✓ Cumplimiento total de las actividades dirigidas al personal próximo al retiro
- ✓ Preparación integral para la transición laboral
- ✓ Reconocimiento del talento humano en su etapa final de servicio

Evidencia enfoque humano y responsabilidad institucional con el personal.

Componente 2: Gestión Convenios Docencia Servicio

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Proporción de convenios docencia servicios que cumplen con los requisitos normativos	100%	Mensual	100%	Cumplido	cumplimiento, gestión y desempeño

Este indicador mide la proporción de convenios docencia–servicio que cumplen con los requisitos normativos, evaluando la adecuada formalización y ejecución de las relaciones académicas entre la institución y entidades educativas.

El cumplimiento del 100% evidencia que la totalidad de los convenios cumplen con la normatividad vigente, lo que refleja:

- ✓ Adecuada gestión administrativa y jurídica de los convenios
- ✓ Cumplimiento de requisitos legales y técnicos establecidos
- ✓ Fortalecimiento de la relación docencia–servicio

Garantía de escenarios de práctica seguros y regulados.

Programa 1: Desarrollo del Plan Docencia – Servicio

INDICADOR Y/O VERIFICADOR	META	PERIODICIDAD	RESULTADO	Estado	Tipo de Indicador
Proporción de actividades ejecutadas del plan de docencia servicio	Mayor o igual al 90%	Mensual	100%	Cumplido	cumplimiento, gestión y desempeño

Este indicador mide la proporción de actividades ejecutadas del plan de docencia–servicio, evaluando el cumplimiento de las acciones orientadas a la articulación entre la prestación de servicios de salud y los procesos de formación académica.

El cumplimiento del 100% evidencia la ejecución total de las actividades programadas, lo que refleja:

- ✓ Fortalecimiento de la relación docencia–servicio
- ✓ Cumplimiento de los compromisos con instituciones educativas
- ✓ Desarrollo efectivo de escenarios de práctica formativa

- ✓ Articulación entre la formación académica y la prestación de servicios

Este resultado demuestra una gestión organizada, con enfoque en la calidad de los procesos formativos.

Análisis de Indicadores del Plan Operativo Anual (POA)

1. Análisis de resultados del POA 2025

El seguimiento a los 67 indicadores del Plan Operativo Anual 2025 evidencia un alto nivel de ejecución institucional, alcanzando un 94% de indicadores cumplidos, un 1% en proceso y solo 4% no cumplidos, lo que se traduce en un cumplimiento global del POA del 96%.

Desempeño por tipo de indicador

1. Indicadores con cumplimiento sobresaliente (100%)

- ✓ Gestión: 27 de 27 cumplidos
- ✓ Financiero: 4 de 4 cumplidos
- ✓ Proceso: 7 de 7 cumplidos

Estos resultados reflejan:

- ✓ Adecuada planeación operativa
- ✓ Buen control administrativo y financiero
- ✓ Capacidad institucional para ejecutar actividades programadas
- ✓ Fortalecimiento de los procesos internos

2. Indicadores con cumplimiento alto, pero con oportunidades de mejora

Cumplimiento: 19 de 20 (95%)

1 indicador en proceso

Esto evidencia que:

- ✓ Los compromisos institucionales se ejecutan de forma consistente
- ✓ Existen actividades cuya finalización depende de tiempos externos o cierres administrativos

3. Indicadores con alertas de desempeño

Resultado: 67% cumplimiento (2 no cumplidos)

Cobertura: 67% cumplimiento (1 no cumplido)

Estos son los indicadores más sensibles, ya que:

- ✓ Miden impacto real en la población
- ✓ Reflejan efectividad del servicio
- ✓ Se relacionan con acceso, oportunidad o resultados en salud

- ✓ Pueden depender de factores externos (demanda, contratación, articulación territorial, EPS, entre otros.)

El POA 2025 muestra una institución con alta capacidad operativa, que:

- ✓ Planea bien
- ✓ Ejecuta lo programado
- ✓ Controla sus recursos
- ✓ Cumple metas internas

Sin embargo, los resultados indican que:

- 👉 La brecha no está en la gestión, sino en el impacto y cobertura de los servicios.
- 👉 El reto institucional para 2026 no es hacer más actividades, sino lograr mayor efecto en los resultados y en la población objetivo.

6. PLAN DE MEJORA

Línea de mejora	Situación identificada	Acciones de mejora	Responsables	Indicador de seguimiento	Meta 2026
Fortalecimiento de indicadores de resultado	Bajo cumplimiento en indicadores de resultado (67%)	- Analizar causas del incumplimiento - Asignar responsables por indicador - Realizar seguimiento mensual - Activar alertas tempranas	Líderes de proceso MIPG Subgerencia científica	% de indicadores de resultado cumplidos	≥ 95%
Mejoramiento de cobertura de servicios	Cumplimiento de cobertura del 67%	- Revisar población objetivo vs atendida - Fortalecer demanda inducida - Articular con Secretaría de Salud - Ajustar metas a capacidad real	Subgerencia científica Salud pública MIPG	% indicadores de cobertura cumplidos	≥ 90%
Cierre oportuno de actividades del POA	Existencia de indicadores en proceso al cierre	- Establecer cronogramas con cortes intermedios - Solicitar soportes anticipados - Implementar tablero de control POA - Seguimiento en comités directivos	MIPG Líderes de proceso Control interno	% indicadores cerrados oportunamente	100%
Enfoque institucional hacia resultados	Predominio de indicadores de gestión sobre impacto	- Revisar formulación de indicadores - Vincular metas del POA con resultados en salud - Capacitar líderes en gestión por resultados - Incluir análisis de impacto en informes	Gerencia MIPG Control interno	% indicadores orientados a resultado	≥ 80%

7. CONCLUSIONES

El análisis integral de los indicadores del Plan Operativo Anual (POA) 2025 evidencia un cumplimiento global del 96%, resultado que refleja una gestión institucional altamente eficiente, organizada y orientada al logro de resultados.

Durante la vigencia, la ESE BelloSalud demostró fortalezas significativas en los componentes asistenciales, administrativos, financieros y de calidad, destacándose especialmente:

- ✓ El cumplimiento en la mayoría de los indicadores estratégicos
- ✓ La eficiencia operativa en la prestación de servicios
- ✓ El fortalecimiento del sistema de gestión de calidad y mejora continua
- ✓ La adecuada gestión del talento humano y la satisfacción de los usuarios
- ✓ El cumplimiento de lineamientos normativos y políticas institucionales

Estos resultados evidencian una gestión gerencial sólida, con capacidad de planificación, ejecución y seguimiento, orientada al cumplimiento de los objetivos institucionales y al mejoramiento continuo.

No obstante, se identifican oportunidades de mejora puntuales, principalmente en indicadores de alto impacto en salud pública, como coberturas de vacunación y algunos componentes específicos de gestión, los cuales requieren fortalecimiento estratégico para alcanzar niveles óptimos de desempeño.

Lina María Vásquez C.

Lina María Vásquez Castañeda
Profesional Universitario MIPG
ESE Bellosalud