

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Código: ES-PGC-F006
	COMUNICACIONES OFICIALES	Versión: 01
	COMUNICACIONES EXTERNAS	Fecha de vigencia: 01/03/2014
		Página 1 de 1

Belén de los Andaquíes, marzo 24 del 2026

Doctor:
LUIS FRANCISCO RUIZ AGUILAR
 Gobernador Departamento del Caquetá
 Presidente Junta Directiva
 ESE Rafael Tovar Poveda
 Florencia – Caquetá

E.S.E. Rafael Tovar Poveda
Para responder este documento cite este número:
RAD_S* 20260007G081
Fecha: 24 de marzo del 2026
Origen: Gerencia
Destino: Gobernación Del Caquetá

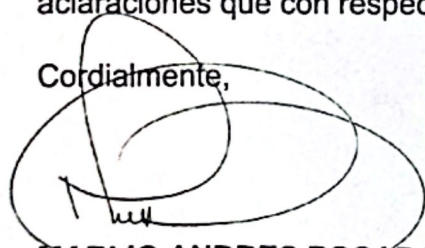
Asunto. Informe Cumplimiento Plan de Gestión año 2025 ESE Rafael Tovar Poveda

Cordial saludo,

En observancia a lo establecido en el Artículo 74 de la Ley 1478 de 2011, el cual establece que los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, deben presentar a las Juntas Directivas informes anuales relacionados con el cumplimiento del Plan de Gestión, aplicando las condiciones y metodologías establecidas en la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 0743 de 2013 y la Resolución 0408 de 2018 emanadas del Ministerio de Salud y Protección Social, me permito remitir a su despacho, el informe de la gestión realizada en la vigencia 2025 por el Representante Legal de la ESE Rafael Tovar Poveda.

Agradezco su atención al asunto en referencia y quedo atento a las inquietudes y aclaraciones que con respecto al informe sean requeridas.

Cordialmente,



MARLIO ANDRES POSADA MUÑOZ
 Gerente
 ESE Rafael Tovar Poveda


 Rad N°: CAQ21600034292026 - Fecha rad. 2026-03-27 15:50:59

Usu Radicado: LAURA DANIELA HUACA JIRON

Anexo: 22 Folios y un (1) CD

Proyecto: Jefferson Smid – Profesional de Planeación
 Revisó: Maily Collazos Medina – Subgerente Administrativa y Financiera

VIGILADO Supersalud
 Unidad de Planeación y Gestión - UPG
 Unidad de Gestión y Atención - UGA

Luchando Juntos por la Salud de Todos

Sede Belén de los Andaquíes Calle 4ª con Carrera 7ª Tel. 4316200 - 4316195 - 3138769363

Sede San José del Fragua Tel. 3138752865; Sede Albania Tel. 4303119 - 3138751603; Sede Curillo Tel. 4302060 - 3138785279

Página Web: www.rafaeltovarpoveda.gov.co - Correo Electrónico ventanillaunica@rafaeltovarpoveda.gov.co



E.S.E.
RAFAEL TOVAR POVEDA
NIT. 900211477-1

INFORME EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2025

MARLIO ANDRÉS POSADA MUÑOZ
GERENTE

ESE RAFAEL TOVAR POVEDA
BELÉN DE LOS ANDAQUÍES
MARZO DE 2026

Luchamos juntos, por la salud de todos.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Bajo la Norma Técnica de Calidad en la Gestión
Pública NTCGP 1000:2009.

Aprobado por Acuerdo 004 de 2024.



CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	3
1 FASE DE EVALUACION DEL PLAN DE GESTION 2025	4
2 RESULTADOS DE LA GESTION 2025	5
2.1 ÁREA DE GESTIÓN DIRECCIÓN Y GERENCIA	5
2.1.1 Indicador No.1: Mejoramiento Continuo de Calidad para Entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	5
2.1.2 Indicador No.2: efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento continuo de la Calidad en la atención en Salud.	7
2.1.3 Indicador No.3: Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	10
2.2 ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	13
2.2.1 Indicador No.4: Riesgo Fiscal y Financiero	13
2.2.2 Indicador No.5: Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida	15
2.2.3 Indicador No.6: Proporción de Medicamentos y Material Médico Quirúrgicos adquiridos mediante compras conjuntas, compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de Mecanismos Electrónicos	16
2.2.2 Indicador No.7: Monto de la deuda superior a 30 días por conceptos de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	17
2.2.2 Indicador No.8: Utilización de la información de los RIPS	18
2.2.2 Indicador No.9: Resultado del equilibrio presupuestal con Recaudo	20
2.2.2 Indicador No.10: Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la circular única a la Superintendencia Nacional de Salud	21
Indicador No.11: Oportunidad del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	22
2.3 ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	23
2.3.1 Indicador No. 21: Proporción de Gestantes Captadas antes de la semana 12 de gestación	23
2.3.2 Indicador No.22: Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE	24
2.3.3 Indicador No.23: Evaluación de Aplicación de guía de manejo de atención de enfermedad Hipertensiva	26
2.3.4 Indicador No.24: Evaluación de Aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	28
2.3.5 Indicador No.25: Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas	29
2.3.6 Indicador No.26: Tiempo promedio de espera para Asignación de cita de Medicina General	31
3. MATRIZ DE CALIFICACIÓN (ANEXO No. 4 / Resolución 408 de 2018)	33
4. CONCLUSIONES	34



SEDES DE ATENCIÓN



ESE RAFAEL TOVAR POVEDA SEDE BELÉN



CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ



CENTRO DE SALUD YURAYACO



CENTRO DE SALUD ALBANIA



HOSPITAL LOCAL CURILLO

- **IPS ESE Rafael Tovar Poveda**
Calle 4 con Carrera 7 esquina, Barrio La Tribuna, Teléfono 3138769363. Belén de los Andaquíes
- **IPS Centro de Salud San José del Fragua**
Calle 6 No 4-11, Barrio La Ye, Teléfono 3138759166. San José del Fragua
- **IPS Centro de Salud Yurayaco**
Inspección Yurayaco, Teléfono 3219738734
- **IPS Centro de Salud Albania**
Calle 5 con Carrera 4 esquina, Barrio El Centro, Teléfono 3138751603. Albania
- **IPS Hospital Local Curillo**
Diagonal 7 No 4-30, Barrio Turbay, Teléfono 3138785279. Curillo

INTRODUCCION

A través de este informe de la Gestión Gerencia de la vigencia 2025, el Gerente de la ESE Rafael Tovar Poveda entrega el resultado detallado de sus actividades, logros, dificultades y los recursos administrados utilizados, permitiendo a la Junta Directiva evaluar el desempeño, que a través de la Gerencia, ha tenido la Institución y su impacto en la calidad de vida de los habitantes de los municipios adscritos a la ESE, abordando aspectos claves de la gestión, tales como el uso de los recursos financieros, la calidad de los servicios de salud brindados, el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Operativo Anual y las estrategias implementadas para mejorar el bienestar de los usuarios garantizando una adecuada sostenibilidad financiera. Este informe recopila los avances y resultados obtenidos de los indicadores de Gestión de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y clínica y Asistencial, cuantificando los resultados obtenidos, en concordancia con la normatividad establecida para la evaluación del Plan de Gestión Gerencial suscrito por la Gerencia.

En concordancia con la Resolución 00710 del 30 de marzo de 2012 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social ***“Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes y directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones”***, la Resolución 743 del 15 de marzo de 2013, mediante la cual se modifican los anexos 2, 3 y 4 del Artículo 2º. De la Resolución 710 de 2012 y la Resolución 408 del 15 de febrero de 2018, modificatoria de la Resolución 743 del 15 de marzo de 2013, y modifica el artículo 3º de la Resolución 743 del 2013, es competencia de la Gerencia presentar a más tardar el 1º de abril de cada año a la Junta Directiva, el informe anual de cumplimiento del Plan de Gestión para su correspondiente evaluación; por tal razón se presenta el informe de cumplimiento del Plan de Gestión Gerencial aprobado por la Junta Directiva mediante **Acuerdo No. 004 del 30 de mayo 2024**, correspondiente a la vigencia 2025.

Teniendo en cuentas las Resoluciones citadas anteriormente, el Informe de la Gestión 2025 se presenta bajo el marco del cumplimiento de las áreas de gestión así:

AREA DE GESTION DE DIRECCION Y GERENCIAL	20%
AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	40%
AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL	40%

En tal sentido, este documento se convierte en el reflejo institucional, que actúa para garantizar la sostenibilidad, competitividad y perdurabilidad de la ESE Rafael Tovar Poveda como Empresa Social del Estado en el sur del departamento de Caquetá, buscando siempre el bienestar de nuestros usuarios y sus familias.

1. FASE DE EVALUACION DEL PLAN DE GESTION 2025

Este informe refleja el cumplimiento de los compromisos, metas y actividades que el Gerente de la ESE Rafael Tovar Poveda presento ante la Junta Directiva para el periodo 2024-2028, y es en este documento donde se consolida de manera cuantitativa los resultados alcanzados para la vigencia 2025, estableciendo los indicadores de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera y con la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud a los usuarios de los municipios adscritos a la ESE.

El informe anual de gestión del Gerente o director de la Empresa Social del Estado deberá contener los logros de los indicadores de gestión y de resultados mediante el diligenciamiento del Anexo No.4 de la Resolución 408 de 2018 y a los miembros de la Junta Directiva le corresponde hacer constar mediante un Acuerdo, debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es SATISFACTORIA o INSATISFACTORIA. Dicho acuerdo se le notificará al director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva y de apelación ante la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 74 de la Ley 1438 de 2011.



2. RESULTADO DE LA GESTION 2025

2.1 AREA DE GESTION DE DIRECCION GERENCIAL (20%)

De acuerdo con la Resolución 408 del 15 de febrero de 2018, anexos 2, 3 y 4, el Área de Gestión de Dirección y Gerencia para el primer nivel de atención en salud, lo componen los siguientes tres (3) indicadores, para un total del 20% en su orden:

1. Mejoramiento Continuo de la Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.
2. Efectividad en la auditoria para el Mejoramiento continuo de la Calidad en la atención en salud.
3. Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

2.1.1 INDICADOR No. 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.

La Resolución 2181 de 2008 en su Artículo 2º, numeral 2 establece la implementación del componente de acreditación en salud para el Mejoramiento continuo de sus procesos de carácter obligatorio en lo relacionado con el ciclo de preparación para la Acreditación o ciclo de Mejoramiento Continuo.

Para el 2025 la ESE Rafael Tovar Poveda para la escogencia del personal que conformarían los equipos de trabajo, seleccionando funcionarios con conocimientos y sobre todo con liderazgo. Igualmente se buscó involucrar líderes de procesos y coordinadores de áreas funcionales y colaboradores operativos de años anteriores para aprovechar la experiencia que ya tenían en este tipo de procesos

En el marco del proceso de mejoramiento continuo de la calidad, la institución realizó la autoevaluación de los estándares del PAMEC para las vigencias 2024 y 2025, se evidencia un avance significativo en el nivel de cumplimiento de los estándares entre las vigencias 2024 y 2025, pasando de un promedio institucional de 1,00 en 2024 a 1,33 en 2025, lo que refleja un fortalecimiento progresivo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

Para la vigencia 2024, la institución se encontraba en un nivel básico de cumplimiento homogéneo (1,0 en todos los estándares), lo cual indicaba una etapa inicial de estructuración del sistema de calidad, con cumplimiento mínimo de requisitos y oportunidades importantes de desarrollo en todos los componentes evaluados.



En contraste, para el año 2025 se observa una evolución positiva en la mayoría de los estándares, destacándose los mayores avances en información (2,0), gerencia (1,43), ambiente físico (1,35) y direccionamiento (1,29), lo cual evidencia un fortalecimiento en la gestión institucional, la toma de decisiones basada en datos, la organización de procesos y el mejoramiento de las condiciones estructurales para la prestación de los servicios.

De igual manera, estándares como talento humano (1,19), tecnología (1,21) y cliente asistencial (1,15) muestran avances moderados, asociados al fortalecimiento de competencias del personal, la gestión de recursos tecnológicos y el enfoque en la atención centrada en el usuario. Por su parte, el estándar de calidad se mantiene en 1,0, lo que sugiere la necesidad de consolidar la madurez del sistema de mejoramiento continuo, particularmente en la implementación, seguimiento y cierre efectivo de acciones de mejora.

Este comportamiento evidencia que la institución ha transitado de una fase de cumplimiento básico a una fase de fortalecimiento progresivo del sistema de calidad, con avances más marcados en los componentes estratégicos y de soporte institucional, lo cual es coherente con procesos de maduración organizacional en salud.

No obstante, persisten brechas relacionadas con la estandarización de procesos, la consolidación de la cultura de calidad, el fortalecimiento del seguimiento a indicadores y la sostenibilidad de las acciones de mejora, aspectos que deben ser priorizados en el plan de mejoramiento institucional.

AUTOEVALUACION PAMEC COMPARATIVO 2024 - 2025		
ESTANDARES	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR ESTANDAR 2024	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR ESTANDAR 2025
CLIENTE ASISTENCIAL	1	1,15
DIRECCIONAMIENTO	1	1,29
GERENCIA	1	1,43
TALENTO HUMANO	1	1,19
AMBIENTE FÍSICO	1	1,35
TECNOLOGÍA	1	1,21
INFORMACIÓN	1	2
CALIDAD	1	1
PROMEDIO INSTITUCIONAL	1	1,33

Fuente: Matriz de Autoevaluación 2024 - 2025

los resultados permiten concluir que la institución presenta una tendencia positiva en el desempeño del PAMEC, con avances medibles en la mayoría de los estándares, lo cual fortalece la capacidad institucional para garantizar servicios seguros, oportunos y de calidad, y constituye una base sólida para continuar con la implementación de estrategias orientadas a niveles superiores de cumplimiento y posible preparación hacia procesos de acreditación.

La calificación de la autoevaluación para el 2025 quedó de la siguiente manera:

FORMULA DEL INDICADOR No.1	FUENTE DE INFORMACION	RESULTADO
Promedio de la calificación obtenida en la autoevaluación de la vigencia evaluada (2025)	Documento de autoevaluación de la vigencia evaluada y el documento de la autoevaluación de la vigencia anterior	1.33
Promedio de la calificación obtenida en la autoevaluación de la vigencia anterior (2024)		1.0
Ejecución del Mejoramiento Continuo de la Calidad		1,33%

Entonces

$$\text{INDICADOR 1} = 1.33/1.0 = 1.33\%$$

Calificación Indicador No. 1

De acuerdo a la tabla anterior y en concordancia con el anexo número 3 (instructivo calificación) de la Resolución 0408 de 2018. ***“Si el resultado de la comparación es mayor o igual a 1.2, entonces califique con cinco (5)”***

Soportes:

Anexo No. 1 Matriz de Autoevaluación vigencia 2025

Anexo No. 2 Matriz de Autoevaluación vigencia 2024

2.1.2 INDICADOR No. 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD.

El Programa de Auditoria para la calidad PAMEC, se documentó siguiendo los pasos de la ruta crítica propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, partiéndose de la autoevaluación Institucional que priorizó los procesos a mejorar frente a los estándares de acreditación.

En el marco del fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, la ESE Rafael Tovar Poveda formuló y ejecutó el Plan de Mejoramiento PAMEC para la vigencia 2025, orientado a cerrar

las brechas identificadas en la autoevaluación institucional y a consolidar la implementación de acciones correctivas y de mejora continua en los diferentes estándares de calidad.

De acuerdo con el total de acciones programadas, se logró la ejecución de 57 acciones (98%), quedando 1 acción no ejecutada, lo cual refleja un alto nivel de cumplimiento y capacidad operativa institucional para la implementación de estrategias de mejoramiento continuo.

A continuación, se presentan los resultados del nivel de cumplimiento alcanzado durante la vigencia

PAMEC 2025		
ESTANDARES	No ACCIONES PROGRAMADAS	No ACCIONES EJECUTADAS
CLIENTE ASISTENCIAL	26	26
DIRECCIONAMIENTO	0	0
GERENCIA	8	8
TALENTO HUMANO	8	7
AMBIENTE FISICO	4	4
TECNOLOGIA	4	4
INFORMACIÓN	8	8
CALIDAD	0	0
TOTAL	58	57
CUMPLIMIENTO GENERAL		98%

Fuente: Matriz de Autoevaluación 2025

El análisis por estándares evidencia que el mayor volumen de acciones se concentró en cliente asistencial (26 acciones), con un cumplimiento del 100%, lo cual demuestra un enfoque prioritario en el fortalecimiento de la atención centrada en el usuario, la seguridad del paciente y la humanización de los servicios. De igual manera, los estándares de gerencia, ambiente físico, tecnología e información alcanzaron un cumplimiento total de las acciones programadas, evidenciando avances en la gestión institucional, la infraestructura, los recursos tecnológicos y los sistemas de información.

En el estándar de talento humano, se programaron 8 acciones, de las cuales se ejecutaron 7, quedando 1 acción pendiente. Esta acción corresponde a la implementación del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV), lo cual no representa una debilidad estructural del sistema de calidad, sino una actividad de carácter transversal que requiere articulación intersectorial, asignación de recursos

y gestión administrativa adicional para su ejecución. En este sentido, se configura como una oportunidad de mejora puntual, cuya continuidad deberá garantizarse en la siguiente vigencia. Por su parte, los estándares de direccionamiento y calidad no registraron acciones programadas, lo cual sugiere la necesidad de fortalecer la planificación del mejoramiento para garantizar una cobertura integral de todos los componentes del sistema.

Desde una perspectiva técnica, el nivel de cumplimiento alcanzado permite evidenciar que la institución cuenta con mecanismos efectivos de seguimiento, control y cierre de acciones, alineados con el ciclo PHVA. No obstante, se recomienda fortalecer la planeación estratégica del PAMEC, asegurando la inclusión de todos los estándares y la sostenibilidad de las acciones implementadas, de manera que se traduzcan en mejoras reales y medibles en la calidad de la atención.

En términos gerenciales, los resultados consolidan un desempeño altamente favorable en la ejecución del plan de mejoramiento, evidenciando compromiso institucional, capacidad de respuesta frente a los hallazgos y una orientación clara hacia el fortalecimiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

La calificación PAMEC para el 2025 quedó de la siguiente manera:

FORMULA DEL INDICADOR No.2	FUENTE DE INFORMACION	RESULTADO
Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	Informe expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.	57
Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC		58
Ejecución PAMEC		98%

Entonces:

$$\text{INDICADOR 2} = 57/58 = 98\%$$

Calificación Indicador No. 2

De acuerdo a la tabla anterior y en concordancia con el anexo número 3 (instructivo calificación) de la Resolución 0408 de 2018. ***“Si el resultado de la comparación es mayor o igual a 0.9, entonces califique con cinco (5)***

Soportes:

Anexo No. 1 Certificación expedida por la profesional del PAMEC

Anexo No. 2 Informe de cumplimiento expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.



2.1.3 INDICADOR No. 3: GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.

En el plan de Desarrollo de la ESE *Rafael Tovar Poveda* 2024-2028 “*Luchamos Juntos por la Salud de Todos*”, se definieron 4 perspectivas y 13 objetivos estratégicos, resultado de un ejercicio participativo que estuvo enfocado a través de la construcción del DOFA Institucional donde se efectuó un análisis interno y externo en los componentes administrativos, financieros y asistenciales de la institución, culminando el proceso con un documento técnico que contiene las estrategias, actividades y las metas a alcanzar.

La estructura del POA 2025 de la ESE parte del Plan de Desarrollo Institucional 2024-2028 describiendo aquellos proyectos y actividades que se han planificado alcanzar durante el 2025 y que fueron construidas con el aporte de cada uno de los líderes de procesos, convirtiéndose en el instrumento que nos permitió evaluar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y proyectos planteados.

Al ser el Plan Operativo Anual una herramienta de seguimiento y monitoreo, el informe se basó en los reportes realizados y en los soportes entregados por cada uno de los líderes de los procesos y la verificación del cumplimiento y desempeño de las metas y actividades programadas, mediante mediciones trimestrales que nos permitieron ir ordenando los resultados hacia la toma de decisiones estratégicas, así como formular planes de mejora que apuntaran a mejorar los indicadores de gestión y a minimizar los riesgos que en desarrollo de la ejecución de las actividades se fueron presentando.

El Plan Operativo Anual para la vigencia 2025 de la ESE Rafael Tovar Poveda, quedó establecido en 52 actividades distribuidas estratégicamente en los 13 objetivos, actividades que fueron evaluadas con respaldo de los soportes que evidencian el porcentaje de cumplimiento, obteniéndose un desempeño total del **92.3%** a través del promedio alcanzado en cada actividad, tal como lo soporta el informe de ejecución firmado por las Oficinas de Planeación y Control interno de la Institución.

Para el 2025 se ejecutaron actividades asociadas a cada objetivo estratégico en observancia al cumplimiento de las metas del Plan de Operativo, de la siguiente manera:

PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATEGICO	Actividades Programadas POA 2025	Actividades Ejecutadas POA 2025	Actividades no Ejecutadas POA 2025
FINANCIERA	Alcanzar la Rentabilidad de la ESE	6	6	0
	Lograr la Eficiencia en el Gasto	5	4	1
CLIENTE	Aumentar la Satisfacción del cliente	4	4	0



	Reducir fuga de clientes mediante procesos de atención eficientes	3	3	0
	Ampliar el portafolio de servicios a mediana complejidad	3	3	0
	Mejorar el Modelo de Atención, favoreciendo el uso adecuado de los recursos institucionales	3	3	0
PROCESOS INTERNOS	Garantizar el mejoramiento de todos los procesos internos de la ESE	4	4	0
	Lograr una infraestructura física que facilite las actividades misionales de manera humanizada	11	10	1
	Lograr la eficiencia en los procesos administrativos	1	1	0
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Incrementar entrenamiento a los colaboradores de acuerdo a sus competencias	4	3	1
	Favorecer el Desarrollo y evaluación de competencias del talento humano de cara al cliente interno y externo	3	2	1
	Garantizar la confiabilidad de la información mediante tecnologías adecuadas	5	5	0
TOTAL, ACTIVIDADES		52	48	4
Cumplimiento			92,3%	

La calificación de la Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional y el Plan Operativo Anual POA para la vigencia 2025 obtuvo un cumplimiento del 92.3% una vez aplicada la formula del indicador de la siguiente manera:

FORMULA DEL INDICADOR No.3	FUENTE DE INFORMACION	RESULTADO
Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación	Informe del responsable de Planeación de la ESE o de lo contrario informe de control interno de la Entidad que contenga como mínimo el listado de las metas del Plan Operativo Anual del Plan de Desarrollo Aprobado programadas en la vigencia objeto de la evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO) y calculando el indicador.	48
Número de metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación		52
Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional Vigencia 2025		92,3%

Entonces:

$$\text{INDICADOR 3} = 48/52 = 92.3\%$$



Calificación Indicador No. 3

De acuerdo a la tabla anterior y en concordancia con el anexo número 3 (instructivo calificación) de la Resolución 0408 de 2018. ***“Si el resultado arrojó un valor mayor o igual a 0.9, entonces califique con cinco (5)”***

Soportes:

- Anexo No. 1 Certificación de cumplimiento de las actividades programadas en el POA 2025.
- Anexo No. 2 Informe técnico expedido por las oficinas de Planeación y Control Interno
- Anexo No. 3 CD con los soportes que evidencian el cumplimiento de cada una de las actividades

2.2 AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)

En concordancia con la Resolución 0408 del 15 de febrero de 2018, anexos 2.3 y 4; al área de Gestión Financiera y Administrativa para el primer nivel de atención en salud, lo componen 8 indicadores de gestión, para un total del 40% así:

1. Riesgo Fiscal y Financiero
2. Evolución del Gasto por Unidad de valor relativa producida
3. Proporción de Medicamentos y Material Médico Quirúrgicos adquiridos mediante compras conjuntas, compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de Mecanismos Electrónicos.
4. Monto de la deuda superior a 30 días por conceptos de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.
5. Utilización de la información de los RIPS
6. Resultado del equilibrio presupuestal con Recaudo
7. Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la circular única a la Superintendencia Nacional de Salud
8. Oportunidad del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.

2.2.1 INDICADOR No. 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO.

Mediante Resolución 0408 del 15 de febrero de 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social se modifica la Resolución 710 de 2012 y en consecuencia el Indicador No.4 Riesgo Fiscal y Financiero aplica para las Empresas Sociales del Estado de los niveles I, II y III, con categorización de Riesgo Medio y Alto.

Mediante Resolución 1122 del 30 de mayo de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social, la ESE Rafael Tovar Poveda fue categorizada **SIN RIESGO FINANCIERO**; sin embargo, a la fecha de presentación de éste informe, el Ministerio de Salud y Protección Social aún no ha sacado la Resolución de categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado, efectuando la ESE la proyección de la matriz de calificación, donde se puede evidenciar que para la vigencia 2025 la ESE no se encuentra afectada por ningún tipo de riesgo. Actualmente el indicador No. 4 de **Riesgo Fiscal y Financiero** es aplicable exclusivamente a las ESE categorizadas en Riesgo Financiero Medio o Alto y que adoptaron el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero en los términos previstos en la normatividad.

Ahora bien, la Resolución Número 0743 del 15 de marzo de 2013 en su Artículo Segundo, Modifica el Artículo 3 de la Resolución 710 de 2012, el cual quedó de la siguiente manera: ...” **Artículo 3:**

Estándares e Indicadores de Evaluación. Para la evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado de orden Territorial, se adoptan los estándares e indicadores contenidas en los anexos que hacen parte integral de la presente Resolución, los cuales son de obligatoria aplicación en la evaluación de la Gestión y resultados de los Gerentes y/o directores.

Cuando uno de los indicadores que no sea aplicable a la Empresa Social del Estado, la ponderación establecida para ese indicador, definido en el anexo No. 3, se distribuirá proporcionalmente de acuerdo con el peso de cada una de las ponderaciones de los indicadores restantes que hacen parte de la misma área de Gestión, aplicables de acuerdo con el nivel de atención de la ESE..."

En virtud a lo establecido en el Artículo 3º., de la Resolución 0743 de 2013, la ponderación de indicador No. 4 **"Riesgo Fiscal y Financiero"** será distribuido proporcionalmente entre cada una de las ponderaciones restantes del Área de Gestión Financiera y Administrativa, quedando de la siguiente manera:

AREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	PONDERACION RESOLUCION 0408	DISTRIBUCION RESOLUCION 743	PONDERACION A APLICAR
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero.	0.05	NA	NA
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	0.05	0,007	0,057
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos a) Compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	0.05	0.007	0,057
	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.	0.08	0.007	0,057
	8	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones-RIPS	0.09	0.007	0,057
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	0.10	0.007	0,057
	10	Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	0.11	0.007	0,057
	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 de Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y protección Social o la norma que la sustituya.	0.12	0.008	0,058

La distribución se realizó entre los siete (7) restantes indicadores del Área de Gestión Financiera y Administrativa asignada al indicador No.4, se repartió equitativamente entre los demás indicadores del Área tal como lo establece la Resolución 0743 del 15 de marzo de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, que Modificó la Resolución 710 de 2012.

Soporte:

Anexo 1: Proyección Matriz Calificación de riesgo

Anexo 2: Resolución 0743 del 15 marzo de 2012

2.2.2 INDICADOR No. 5: EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA.

Este indicador mide el valor promedio del gasto total comprometido por unidad producida; establece la eficiencia operativa y el costo real de los servicios de salud en relación con el volumen de producción; permite comparar costos, analizar la variación financiera y evaluar el equilibrio presupuestal de la ESE.

La Unidad de Valor Relativo (UVR o RVU) es una medida estandarizada utilizada en el sector salud para determinar el costo o reembolso de servicios médicos basándose en el esfuerzo, tiempo, habilidad y recursos técnicos empleados, su medición se calcula dividiendo los gastos operativos totales entre el número de UVR producidas en la vigencia. El indicador mide la relación entre el gasto comprometido y la producción de servicios de salud expresada en UVR, permitiendo evaluar la eficiencia en el uso de los recursos frente a la actividad misional. En este caso. Cuando el resultado es 1 o cercano a 1 indica que el gasto por unidad producida se mantiene prácticamente estable respecto a la vigencia anterior, con una ligera tendencia a la optimización

Formula del indicador No. 5

FORMULA DEL INDICADOR No.5	FUENTE DE INFORMACION	RESULTADO
(Gasto de funcionamiento y Operación Comercial y Prestación de Servicios Comprometidos en la vigencia objeto de la evaluación	Ficha técnica del SIHO del Ministerio de Salud y Protección social	\$31,865,212,59
Número de UVR Producidas en la vigencia objeto de la evaluación		50,628,49
(Gasto de funcionamiento y Operación Comercial y Prestación de Servicios Comprometidos en la vigencia anterior		\$ 29.130.984.038
Número de UVR Producidas en la vigencia anterior		52.990.62
Evolución de Gastos por Unidad de valor relativa producida		0,91

Entonces:

$$\text{INDICADOR 5} = 50.628.49/52.990.62 * 5.10 \text{ (inflación 2025)}$$
$$50.628.49/55.693.14 = 0.91$$

Para la vigencia analizada, se observa que la producción disminuyó de 55.693 UVR en el 2024 a 50.628 UVR en el 2025, lo que representa una reducción en la actividad asistencial. Esta disminución en la producción puede generar presión sobre el indicador, ya que, al producir menos, el costo por unidad tiende a incrementarse o a no mejorar significativamente. Es importante señalar que este indicador se calcula con base en la información reportada al Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a la normativa vigente, y tiene como objetivo medir la evolución del gasto frente a la producción equivalente de la entidad.

Aunque el resultado (0.91) refleja un comportamiento cercano a la meta, aún evidencia oportunidades de mejora en la eficiencia del gasto, especialmente en el control de costos operativos y en el fortalecimiento de la producción por servicios. Se requiere fortalecer estrategias que aumenten la producción (UVR) y/o se optimice el gasto, con el fin de lograr un indicador ≤ 0.90 en las próximas vigencias.

Calificación Indicador No. 5

De acuerdo a la tabla anterior y en concordancia con el anexo número 3 (instructivo calificación) de la Resolución 0408 de 2018. ***“Si el resultado arrojó un valor entre 0.9 y 0.99, entonces califique con Tres (3)”***

Soportes:

Anexo No. 1 Ficha técnica Indicadores SIHO comparación vigencia 2024 frente al 2025.

2.2.3 INDICADOR No. 6: PROPORCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: a) COMPRAS CONJUNTAS, b) COMPRAS A TRAVES DE COOPERATIVAS DE ESE, c) COMPRAS A TRAVES DE MECANISMO ELECTRONICOS.

La ESE Rafael Tovar Poveda NO realizó adquisiciones de Medicamentos ni de Material Médico Quirúrgico por ninguno de los mecanismos contemplados en el indicador No. 6 durante la vigencia 2025 básicamente por razones de liquidez al momento de requerirse los insumos. Las adquisiciones de estos insumos se efectuaron en observancia a lo establecido en el Estatuto y Manual de Contratación de la ESE y publicadas en su oportunidad en la plataforma del SECOP.

Formula del indicador No. 6

FORMULA DEL INDICADOR No.6	FUENTE DE INFORMACION	RESULTADO
Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas, b) Compras a través de cooperativas de ESE y c) Compras a través de mecanismos electrónicos	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador o el responsable de Control Interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por cada uno de los mecanismos de compras. 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compras. 3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico la vigencia evaluada. 4. Aplicación de la formula del Indicador	0
Valor total de las adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada		\$ 712.297.254
Total, medicamentos y Material Médico Quirúrgico adquirido por mecanismos de compra contemplados en el Indicador		0

Entonces:

$$\text{INDICADOR No.6} = 0 / 712.297.254 = 0$$

Calificación Indicador No. 6

De acuerdo a la tabla anterior y en concordancia con el anexo número 3 (instructivo calificación) de la Resolución 0408 de 2018. ***“Si el resultado arrojó un valor menor a 0.30, entonces califique con CERO (0)***

Soportes:

Anexo No. 1 Certificación Revisor Fiscal de la ESE.

2.2.4 INDICADOR No. 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SERVICIOS Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.

La ESE Rafael Tovar Poveda tiene establecido como prioridad el pago oportuno de los salarios al personal de planta al igual que realiza todo el procedimiento financiero trabajando constantemente en la sostenibilidad de un flujo adecuado de recursos que le permitiera cancelar oportunamente las compromisos que adquiere por concepto de contratación de servicios; con esto se ha logrado mantener motivado el talento humano de la Institución, que se vio reflejado en primer lugar en el mejoramiento de la atención en salud de los diferentes servicios ofertados por la ESE como en el cumplimiento satisfactorio tanto del Plan de Desarrollo así como de los proyectos y actividades que se fijaron al inicio de la vigencia.



Con este indicador se busca que la administración disminuya paulatinamente la deuda registrada por concepto de gastos de personal y cada anualidad se priorice el pago al talento humano como una política Institucional.

Formula del indicador No. 7

FORMULA DEL INDICADOR No.7	FUENTE DE INFORMACION	RESULTADO
(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 la evaluación.	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la formula del indicador y el cálculo del indicador.	0
(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 la evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)		0
Resultado deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de plata y contrastación de servicios		0

Entonces:

$$\text{INDICADOR No.7} = 0/0 - 0 = 0$$

Calificación Indicador No. 7

De acuerdo a la tabla anterior y en concordancia con el anexo número 3 (instructivo calificación) de la Resolución 0408 de 2018. ***“Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0), entonces califique con CINCO (5)”***

Soportes:

Anexo No. 1 Certificación Revisor Fiscal de la ESE.

2.2.5 INDICADOR No. 8: UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES - RIPS.

Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud han servido como fuente básica para monitorear el Sistema General de Seguridad Social en Salud y sirve como evidencia primaria para la toma de decisiones en la ampliación de servicios y el fortalecimiento de la red de prestación, cumpliendo con los estándares de calidad y oportunidad; adicionalmente facilita la facturación, el control de servicios, la formulación de políticas y la evaluación del gasto en salud.



La finalidad de presentar los RIPS a las Juntas Directivas, es el de evaluar la gestión asistencial, administrativa y financiera de la ESE, monitoreando la producción de servicios, la correcta facturación y tomar decisiones frente a la planeación de la oferta de servicios, el uso de recursos humanos y técnicos y el ajuste de metas financieras y clínicas.

Durante la vigencia 2025, la ES cumplió con el indicador "**Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones (RIPS)**", realizando los reportes trimestrales ante la Junta Directiva, transformando los datos operativos de los archivos RIPS en insumos estratégicos, como se detalla a continuación:

PRESENTACIÓN RIPS VIGENCIA 2025			
ITEM	ACTA	FECHA	PERIODO PRESENTADO
1	No. 001	22 enero de 2025	cuarto Trimestre 2024
2	No. 005	26 agosto de 2025	Primer Trimestre 2025
3	No. 005	26 agosto de 2025	Segundo Trimestre 2025
4	No. 008	22 diciembre de 2025	Tercer trimestre 2025

Fuente: Construcción Propia

Formula del indicador No. 8

FORMULA DEL INDICADOR No.8	FUENTE DE INFORMACION	RESULTADO
Número de informes de análisis de prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en los RIPS de la vigencia objeto de la evaluación que contenga la caracterización de la población capitada teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y la frecuencia de uso de los servicios	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quién haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la Junta Directiva, que como mínimo contenga fecha de los informes presentados a la JD, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de JD en las que se presentó el informe.	4
Número de RIPS presentados a la Junta Directiva.		4

Calificación Indicador No. 8

De acuerdo a la tabla anterior y en concordancia con el anexo número 3 (instructivo calificación) de la Resolución 0408 de 2018. ***“Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la Entidad cuatro (4) o más informes de análisis de prestación de servicios de salud (RIPS), entonces califique con CINCO (5)***

Soportes:

Anexo No. 1 Certificación de presentación de RIPS

Anexo No. 2 Actas de Junta Directiva 001, 005 y 008

2.2.6 INDICADOR No. 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

El equilibrio presupuestal entre el Recaudo y el Compromiso garantiza la sostenibilidad fiscal y la estabilidad financiera; este balance asegura que los gastos comprometidos no superen los recursos disponibles, permitiendo una asignación eficiente y la ejecución de metas de desarrollo sin generar déficits estructurales garantizando que las obligaciones se cubran con recursos propios de la Institución

El análisis realizado a los resultados de la situación presupuestales de la ESE, se observa que los recaudos totales de la vigencia 2025 estuvieron por el orden de los \$32.844.773.37, incluyendo el valor del recaudo por cuentas por cobrar de las vigencias anteriores. La ejecución de gastos comprometidos en el 2025 incluyendo el valor comprometido de cuentas por pagar de vigencias anteriores fue de \$31.865.212.59, en donde la relación ingreso recaudados versus gastos comprometidos nos indica que la Institución contó con **\$1.03** pesos de ingresos para respaldar cada peso comprometido, así

Formula del indicador No. 9

FORMULA DEL INDICADOR No. 9	FUENTE DE INFORMACION	RESULTADO
Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de la evaluación (incluye el valor recaudado por CXC de vigencias anteriores)	Ficha técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección social.	\$32.844.773.37
Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de la evaluación (incluye el valor comprometido de CXP de vigencias anteriores)		\$31,865,212,59
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo		\$ 1,03

Entonces:

$$\text{INDICADOR No.9} = \$32.844.773.37 / \$31.865.212.59 = \$1.03$$

Calificación Indicador No. 9

De acuerdo a la tabla anterior y en concordancia con el anexo número 3 (instructivo calificación) de la Resolución 0408 de 2018. **“Si en la vigencia evaluada el indicador arroja un valor mayor o igual a \$1, entonces califique con CINCO (5)**



Soportes:

Anexo No. 1 Ficha técnica página WEB SIHO.

2.2.7 INDICADOR No. 10: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE LA INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR UNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.

El reporte de los informes de la Circular Única en cumplimiento normativo de las entidades obligadas a reportar, tiene como objetivo principal ejercer por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, la inspección, vigilancia y control, garantizando transparencia, estandarizando la información financiera y operativa y monitorear la gestión de los vigilados, especialmente en el Sector Salud (salud financiera, calidad en la atención-PAMEC y manejo de medicamentos), asegurando que las entidades suministren información veraz, bajo lineamientos técnicos uniformes, permitiendo al Estado actuar de manera preventiva y correcta.

La administración de la ESE Rafael Tovar Poveda ha realizado seguimiento permanente tanto a la información financiera y contable como a los indicadores de calidad; contándose con un cronograma definido para la presentación de informes y con la delegación de responsables de los mismo; sin embargo durante el primer trimestre del 2025 fue obviado el envío del formulario FT018, corrigiendo dicha situación pero que ocasionó que para el 2025, la certificación de la Supersalud diera como resultado **NO CUMPLIMIENTO**

Formula del indicador No. 10

FORMULA DEL INDICADOR No.10	FUENTE DE INFORMACION	RESULTADO
Cumplimiento Oportuno de los informes en términos de la normatividad vigencia	Reporte de la Superintendencia Nacional de Salud	NO CUMPLIMIENTO
Cumplimiento reporte información Circular única SUPERSALUD		NO CUMPLIMIENTO

Calificación Indicador No. 10

De acuerdo a la tabla anterior y en concordancia con el anexo número 3 (instructivo calificación) de la Resolución 0408 de 2018. ***“Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE no presentó oportunamente la información en cumplimiento de la Circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que lo sustituya”, entonces califique con Cero (0)***

Soporte:

Anexo I: Reporte Superintendencia Nacional de Salud

2.2.8 INDICADOR No. 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE LA INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCION 2, CAPITULO 8, TITULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016 DECRETO UNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCION SOCIAL O LA NORMA QUE LO SUSTITUYA.

El Sistema Integrado Hospitalario SIHO está diseñado para gestionar la administración y operación de las Instituciones de Salud, tanto públicas como privadas, integrando áreas clínicas y administrativas principalmente para optimizar recursos y mejorar la atención al paciente.

La ESE Rafael Tovar Poveda ha dado cumplimiento oportuno en el reporte de la información del Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección dos, capítulo 8 título III parte 5 del libro dos del Decreto 780 de 2016 Decreto único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social o la norma que lo sustituya.

Formula del indicador No. 11

FORMULA DEL INDICADOR No.11	FUENTE DE INFORMACION	RESULTADO
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 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social o norma que lo sustituya	Reporte oficina de Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria Ministerio de Salud y Protección Social	OPORTUNO
Reporte oportuno información Decreto 2193 de 2004		OPORTUNO

Calificación Indicador No. 11

De acuerdo a la tabla anterior y en concordancia con el anexo número 3 (instructivo calificación) de la Resolución 0408 de 2018. ***“Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, capítulo 8, título III, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto único Reglamentario del Sector Salud y Protección social o la norma que lo sustituya”, entonces califique con Cinco (5)***

Soporte:

Anexo 1: Reporte Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Ministerio de Salud y Protección Social.

2.3 AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL (40%)

En concordancia con la Resolución 0408 del 15 de febrero de 2018, anexos 2.3 y 4; al área de Gestión Clínica o Asistencial para el primer nivel de atención en salud, lo componen seis (6) indicadores de gestión desde el indicador No. 21 hasta el Indicador No. 26, con una valoración del 40% así:

21. Proporción de Gestantes Captadas antes de la semana 12 de gestación.
22. Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE
23. Evaluación de Aplicación de guía de manejo de atención de enfermedad Hipertensiva.
24. Evaluación de Aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo
25. Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas.
26. Tiempo promedio de espera para Asignación de cita de Medicina General.

2.3.1 INDICADOR No. 21: PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION.

La captación de la gestante es el primer eslabón de la **seguridad del paciente** en obstetricia por eso desde el Comité de Historias Clínicas, se comprendió que un ingreso temprano (antes de la semana 12) de la gestante, es el indicador de éxito en la ruta de atención. Un registro clínico deficiente o una captación tardía no solo pueden ser fallas administrativas sino también oportunidades perdidas para la **prevención de riesgos**. En el marco de las acciones de seguimiento y vigilancia al acceso oportuno al control prenatal, se realizó un consolidado de la base de datos en Excel, integrando a las usuarias de las diferentes EAPB, que consultaron en alguna de las sedes de atención de la ESE. El análisis tuvo como objetivo identificar los casos en los que las gestantes iniciaron el control prenatal después de la semana 12 de gestación, y determinar las causas asociadas a esta situación. En el siguiente cuadro se resume el proceso adelantado, así:

SEDES DE ATENCION	TOTAL, GESTANTES ESE	GESTANTES CAPTADAS ≤ SEMANA 12	GESTANTES CAPTADAS > SEMANA 12	% GESTANTES CAPTADAS ≤ SEMANA 12
Hospital Local Curillo	125	109	16	87%
Centro de Salud Albania	54	51	3	94%
Centro de Salud San José	146	126	20	86%
Sede Belén de los Andaquíes	123	108	15	88%
TOTAL, GENERAL	448	394	54	88%

Durante la vigencia 2025, se registró el ingreso de 448 gestantes a los servicios de control prenatal en los diferentes municipios adscritos a la ESE. De este total, 394 gestantes fueron captadas antes

de la semana 12 de gestación, cumpliendo con el estándar establecido por los lineamientos de atención materna.

Del total de 448 gestantes ingresadas entre enero y diciembre de 2025, se identificaron 54 casos (12%) con captación posterior a la semana 12 de gestación, situación que se encuentra por fuera del estándar establecido para un control prenatal oportuno. En términos globales, la vigencia 2025 refleja un cumplimiento institucional anual de **88%**.

Formula Indicador No. 21

FORMULA DEL INDICADOR No. 21	FUENTE DE INFORMACION	RESULTADO
Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de Control Prenatal de la ESE a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de la evaluación.	Informe del Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: Listado con la totalidad de las mujeres gestantes identificadas por la ESE en la vigencia objeto de la evaluación y que diga si se inscribió o no en el Programa de Control Prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por médico. Aplicación de la fórmula del indicador.	394
Total, de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de la evaluación.		448
Porcentaje de Mujeres Gestantes Captadas antes de la semana 12 de gestación		88%

Entonces:

$$\text{INDICADOR No.21} = 394/448 = 88\%$$

Calificación Indicador No. 21

De acuerdo a la tabla anterior y en concordancia con el anexo número 3 (instructivo calificación) de la Resolución 0408 de 2018. ***“Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0.85, entonces califique con CINCO (5)***

Soportes:

- Anexo No. 1 Certificación Subgerencia científica resultado indicador.
- Anexo No. 2 Acta Comité de Historias clínicas No. 001 de 2026
- Anexo No. 3 Informe técnico Coordinadora Salud Pública

2.3.2 INDICADOR No. 22: INCIDENCIA DER SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE.

Este indicador busca evaluar las acciones preventivas y diagnosticas en la etapa de gestación. La ESE Rafael Tovar Poveda durante la vigencia 2025 realizó seguimiento continuo a las gestantes atendidas en el programa de control prenatal, así como a los recién nacidos producto de los partos atendidos en la Institución y aquellas entidades de mayor nivel de complejidad. En el periodo evaluado, se realizaron las siguientes acciones:



- Se atendieron 65 partos en la Institución.
- Se remitieron gestantes para parto en otras Instituciones de salud según criterio medico
- Se verificaron HC maternas y neonatales, resultados de pruebas serológicas para Sífilis y registros de egreso.

El siguiente cuadro registra las certificaciones expedidas por los COVE de los municipios adscritos a la ESE, como sustento del indicador:

NOMBRE QUIEN CERTIFICA	CARGO	MUNICIPIO	CASOS SIFILIS CONGENITA
Angie Katherine Zamudio David	Coordinador Salud Municipal, referente Vigilancia Epidemiológica	COVE Municipal Belén de los Andaquíes	0
Mónica Luna Gualtero	Coordinadora de Salud Municipal	COVE Municipal San José del Fragua	0
Hasleidy Flórez Muñoz	Secretaria Integración Social con funciones de coordinadora de Salud y referente en Vigilancia en Salud Pública	COVE Municipal Albania	0
Jhon Jaime Parra González	Coordinador Salud Municipal, referente Vigilancia en Salud Pública.	COVE Municipal de Curillo	0

Fuente: Construcción Propia

Como resultado del análisis, no se identificaron ni confirmaron casos de Sífilis Congénita en los recién nacidos en la ESE durante la vigencia 2025 ni tampoco se evidenciaron criterios clínicos, serológicos ni epidemiológicos compatibles con el evento y no se efectuaron notificaciones al sistema de vigilancia en salud pública por este diagnóstico.

Formula Indicador No. 22

FORMULA DEL INDICADOR No. 22	FUENTE DE INFORMACION	RESULTADO
Número de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	a) Cuando no existen casos de Sífilis Congénita, certificación del COVE municipal que certifique la no existencia de casos.	0
total, Casos de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE		0

Calificación Indicador No. 22

De acuerdo a la tabla anterior y en concordancia con el anexo número 3 (instructivo calificación) de la Resolución 0408 de 2018. ***“Si en la vigencia evaluada no se registraron casos de Sífilis Congénita en la población atendida, entonces califique con CINCO (5)***



Soportes:

- Anexo No. 1 Certificación COVE Municipal Belén de los Andaquies.
- Anexo No. 2 Certificación COVE Municipal San José del Fragua
- Anexo No. 3 Certificación COVE Municipal Albania
- Anexo No. 4 Certificación COVE Municipal Curillo

2.3.3 INDICADOR No. 23: EVALUACION DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO ESPECIFICO: GUIA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSA.

La ESE Rafael Tovar Poveda mediante Resolución No. 2138 del 03 de diciembre de 2024 adopto las guías de práctica clínica priorizadas según perfil epidemiológico; como el proceso que determina el compromiso y decisión institucional de modificar la práctica clínica basada en la evidencia científica; de igual forma según el modelo de auditoria se define ***“solicitar al área de sistemas informe mensual de las atenciones del mes, que permita obtener los datos de los pacientes para la búsqueda de las historias clínicas a evaluar. Se tomará una muestra de 10 historias clínicas mensuales por sedes”*** para el caso de infancia y primera infancia se tomará muestra de 20 historias clínicas por sede.

Para la vigencia 2025 se realizó la Evaluación del nivel de adherencia a las Guías de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de la Hipertensión Arterial, en el marco de la Ruta Integral de Atención (RIA), en el servicio de consulta externa y se consideró las atenciones correspondientes a consultas de primera vez y de control médico, con diagnóstico principal de hipertensión arterial (HTA). A partir de este proceso se identificó el universo de usuarios con diagnóstico confirmado atendidos en dicho periodo.

Según el plan de auditoria para AUDITORIA A LAS GUIAS DE CRONICOS HTA Y -REGISTROS DE HISTORIA CLINICA, quedó estipulado la revisión de 10 historias clínicas por mes de los pacientes atendidos por sede, se utilizó una lista de chequeo elaborada con los criterios establecido por la norma. La muestra representativa para el 2025 fue:

VARIABLES	Albania	Belén	San José	Curillo	TOTAL, ESE
HISTORIAS CLINICAS AUDITADAS	99,0%	99,4%	91,6%	94,8%	95%
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	120	120	120	120	480



Realizando el consolidado y análisis del año 2025, se obtuvieron los siguientes resultados consolidados mes a mes:

MES	IPS				TOTAL, ESE	META
	Albania	Belén	San José	Curillo		
ENERO	82,2%	95,8%	87,9%	88,2%	90%	90%
FEBRERO	85,9%	98,8%	90,5%	90,8%	92%	90%
MARZO	86,9%	99,3%	93,3%	93,3%	93%	90%
ABRIL	88,6%	99,5%	94,1%	93,2%	94%	90%
MAY	90,1%	99,5%	93,8%	95,8%	95%	90%
JUNIO	91,9%	99,5%	93,9%	95,8%	95%	90%
JULIO	93,4%	100%	95,2%	96,0%	96%	90%
AGOSTO	95,6%	99,0%	98,4%	97,0%	97%	90%
SEPTIEMBRE	93,0%	99,5%	95,8%	95,0%	96%	90%
OCTUBRE	98,0%	99,0%	99,0%	97,0%	98%	90%
NOVIEMBRE	95,0%	99,5%	99,0%	98,0%	98%	90%
DICIEMBRE	95,0%	99,8%	99,0%	98,0%	98%	90%
CONSOLIDADO AÑO 2025	91,6%	99,0%	94,9%	94,8%		
TOTAL, VIGENCIA 2025					95%	90%

Los resultados de la evaluación de la adherencia al Programa de Hipertensión Arterial (HTA) evidencia un alto nivel de cumplimiento institucional, con un Total ESE del 95%, lo que confirma la adecuada implementación y operativización del programa en las diferentes IPS de la ESE. Este comportamiento refleja la apropiación progresiva de la ruta de atención, la estandarización de los procesos clínicos y el fortalecimiento del registro en la historia clínica

Formula Indicador No. 23

FORMULA DEL INDICADOR No. 23	FUENTE DE INFORMACION	RESULTADO
Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de la evaluación	Informe del Comité de Historias Clínicas 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.	457
Total, historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidas en la ESE en la vigencia objeto de la evaluación.		480
Evaluación de Aplicación de la Guía de atención Enfermedad Hipertensiva		0,95%

Entonces:

INDICADOR No.23 = 457/480 = 95%

Calificación Indicador No. 23

De acuerdo a la tabla anterior y en concordancia con el anexo número 3 (instructivo calificación) de la Resolución 0408 de 2018. ***“Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0.90, entonces califique con CINCO (5)***

Soportes:

- Anexo 1: Resolución Adopción guía Atención Hipertensiva
 Anexo 2: Acta de Comité Historias Clínicas
 Anexo 3: Informe técnico sobre aplicación

2.3.4 INDICADOR No. 24: EVALUACION DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Mediante Resolución No. 2151 del 04 de diciembre de 2024, fueron adoptadas las Guías Prácticas Clínicas, anexos técnicos, formatos, rutas de atención y guías de atención de enfermedades de interés en Salud Pública, quedando incluida la adopción de la guía de Crecimiento y Desarrollo.

En el Plan de AUDITORIA A LAS GUIAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (DETECCIONES DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN MENORES DE 10 AÑOS) Y -REGISTROS DE HISTORIA CLINICA, quedó estipulado la revisión de 15 historias clínicas por mes de los pacientes atendidos por sede; sin embargo se amplió la muestra mensual de HC a 20 y se utilizó una lista de chequeo elaborada con los criterios establecido por la norma.

MUNICIPIO	MUESTRA REPRESENTATIVA 2025	HC AUDITADAS 2025	% CUMPLIMIENTO
IPS Belén de los Andaquíes	240	207	86%
Centro de Salud Albania	240	207	86%
Centro de Salud San José del Fragua	240	212	88%
IPS Curillo	240	204	85%
Total, ESE	960	830	86%

Fuente: Construcción Propia

Durante la vigencia 2025, la coordinadora de salud pública ejecutó auditorías mensuales de historias clínicas según el cronograma establecido, socializando resultados en comités para verificar la aplicación de guías de manejo, garantizando así la calidad y mejora continua en la atención asistencial, alineado con las normativas.



La Definición de la Muestra (Universo y Selección) se determinó por: a) Población: Historias clínicas (HC) de pacientes menores de 11 años, 11 meses y 29 días que fueron valorados tanto por médico como por enfermería; b) Criterios de Inclusión: Usuarios menores de 11 años, 11 meses y 29 días, que hayan recibido atención médica y/o de enfermería dentro del ciclo de vida de primera infancia e infancia.

En cuanto a la cuantificación de la muestra, se auditaron un total de **960** historias clínicas de pacientes menores de 11 años, 11 meses y 29 días en 2025 mediante muestreo aleatorio sistemático. Aumentando la meta de 15 según cronograma de auditorías de la ESE a 20 historias por sede, se consolidaron 80 revisiones mensuales, socializando los resultados en comités de historias clínicas para evaluar el cumplimiento de la guía de manejo

En términos globales, la vigencia 2025 en la adherencia de historias clínicas de primera infancia e infancia refleja un cumplimiento institucional aceptable según los estándares institucionales, evidenciándose una homogeneidad en el cumplimiento de aplicación de la guía por sedes. Este comportamiento indica que todas las instituciones mantienen procesos estandarizados de registro clínico y garantizan la cobertura de los criterios administrativos y clínicos exigidos por la ESE.

Formula Indicador No. 24

FORMULA DEL INDICADOR No. 24	FUENTE DE INFORMACION	RESULTADO
Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones de Crecimiento y Desarrollo en la vigencia objeto de la evaluación	Informe del Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición de la muestra utilizada y aplicación de la formula del indicador.	830
Número de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se les atendió en consulta de Crecimiento y Desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de la evaluación.		960
Evaluación de Aplicación de la Guía de atención Enfermedad Hipertensiva		0,86%

Entonces:

$$\text{INDICADOR No.24} = 960/830 = 86\%$$

Calificación Indicador No. 24

De acuerdo a la tabla anterior y en concordancia con el anexo número 3 (instructivo calificación) de la Resolución 0408 de 2018. ***“Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0.80, entonces califique con CINCO (5)***

Soportes:

Anexo 1: Resolución Adopción guía Crecimiento y Desarrollo

Anexo 2: Informe de Comité Historias Clínicas

2.3.5 INDICADOR No. 25: PROPORCION DE REINGRESO DE PACIENTES AL SEVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS

El indicador de reingreso de pacientes al servicio de urgencias antes de las 72 horas por el mismo diagnóstico de egreso, se constituye en una herramienta fundamental para evaluar la efectividad de la atención inicial brindada, la pertinencia de las decisiones clínicas, la adecuada aplicación de las guías prácticas clínicas y la calidad del proceso de egreso y orientación al paciente, permitiendo además identificar oportunidades de mejora relacionadas con la continuidad del manejo, la adherencia terapéutica y la articulación entre los diferentes servicios y niveles de atención.

Durante la vigencia 2025 la ESE Rafael Tovar Poveda a través de la coordinación asistencial, se analizó el comportamiento de reingresos al servicio de urgencias antes de las 72 horas, con el fin de evaluar su comportamiento frente a la meta establecida, identificar tendencias y factores asociados y orientar la toma de decisiones y la implementación de acciones que contribuyan al fortalecimiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la seguridad del paciente. La información fue obtenida a través de la revisión de registros del servicio de urgencias y del sistema de información Institucional, identificando los pacientes que reingresaron dentro de las 72 horas posteriores al egreso inicial por la misma causa, consolidándose los datos mensuales así:

MES	TOTAL, EGRESOS URGENCIAS	REINGRESOS ANTES DE LAS 72 HORAS.	%	VALOR ABSOLUTO
ENERO	1.143	11	0,96%	0,009
FEBRERO	978	20	2,04%	0,020
MARZO	1.158	12	1,04%	0,010
ABRIL	1.036	12	1,16%	0,011
MAYO	937	12	1,28%	0,012
JUNIO	864	13	1,50%	0,015
JULIO	1.214	5	0,41%	0,004
AGOSTO	1.030	11	1,07%	0,010
SEPTIEMBRE	1.058	15	1,42%	0,014
OCTUBRE	1.026	10	0,97%	0,009
NOVIEMBRE	1.128	9	0,80%	0,008
DICIEMBRE	1.107	13	1,17%	0,011
TOTAL, ESE	12.681	143	1,13%	0,011

El análisis mensual muestra que el indicador presentó un comportamiento estable durante la vigencia 2025, con variaciones leves entre los diferentes meses. Los valores más altos se registraron

en febrero (0.020), junio (0.015) y septiembre (0.014), los cuales pueden estar asociados a factores como la evolución clínica de los pacientes, la presencia de patologías agudas que requieren seguimiento estrecho o condiciones propias del perfil epidemiológico de la población atendida. No obstante, estos incrementos no representan desviaciones significativas en el comportamiento global del indicador.

Formula del Indicador No. 25

FORMULA DEL INDICADOR No. 25	FUENTE DE INFORMACION	RESULTADO
Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma Institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de la evaluación.	Ficha técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.	143
Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia objeto de la evaluación.		12.681
Reingreso de pacientes al servicio de urgencias antes de las 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso.		0,01%

Entonces:

$$\text{INDICADOR No.25} = 143/12.681 = 0.011\%$$

Calificación Indicador No. 25

De acuerdo a la tabla anterior y en concordancia con el anexo número 3 (instructivo calificación) de la Resolución 0408 de 2018. ***“Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 0.03, entonces califique con CINCO (5)”***

Soportes:

Anexo 1: Informe técnico reingreso de pacientes

Anexo 2: Ficha técnica información SIHO Decreto 2193

2.3.6 INDICADOR No. 26: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA GENERAL.

Durante la vigencia 2025 se evaluaron varios indicadores de experiencia en la atención, conforme a los servicios habilitados en la ESE Rafael Tovar Poveda; entre estos, “tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General”. El objetivo Institucional se fijó en un máximo menor a tres (3) días calendario, alineado con los estándares nacionales de oportunidad. De acuerdo con los resultados obtenidos, el indicador registró un valor de 1.07 días presentando un comportamiento trimestral de la siguiente manera:

PERIODO EVALUADO 2025				
PRIMER TRIMESTRE 2025	SEGUNDO TRIMESTRE 2025	TERCER TRIMESTRE 2025	CUARTO TRIMESTRE 2025	REESULTADO ANUAL
0	1,1	1,6	1,6	1,07

De acuerdo con los resultados obtenidos, con base en los datos registrados en el tablero de indicadores, se obtuvo un valor de **1.07**. En consecuencia, la Institución presenta un resultado satisfactorio en el comportamiento del indicador, garantizando el acceso oportuno de la población objeto de los servicios de salud de primer nivel.

Formula del Indicador No. 26

FORMULA DEL INDICADOR No. 26	FUENTE DE INFORMACION	RESULTADO
Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación	Ficha técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.	27.791
Número total de pacientes de Medicina General de primera vez asignadas Enel vigencia objeto de evaluación		25.962
Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de Medicina General.		1.07

Entonces:

$$\text{INDICADOR No.26} = 27.291/25.962 = 1.07$$

Calificación Indicador No. 26

De acuerdo a la tabla anterior y en concordancia con el anexo número 3 (instructivo calificación) de la Resolución 0408 de 2018. ***“Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 3 días, entonces califique con CINCO (5)***

Soportes:

- Anexo 1: Informe técnico asignación citas de Medicina General
 Anexo 2: Ficha técnica SIHO Decreto 2193



3. MATRIZ DE CALIFICACION VIGENCIA 2025								
ESE RAFAEL TOVAR POVEDA								
AREA DE GESTIÓN	No	TIPO DE ESE	INDICADOR	LINEA BASE 2024	RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO	CALIFICACION	PONDERACION	RESULTADO PONDERADO
DIRECCION Y GERENCIA 20%	1	Nivel I,II y III	Mejoramiento continuo de Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1,0	1,33	5	0,05	0,25
	2	Nivel I,II y III	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	0,91	0,98	5	0,05	0,25
	3	Nivel I,II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	0,86	0,92	5	0,10	0,5
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	Nivel I,II y III con categorización de riesgo medio o alto	Riesgo Fiscal y Financiero.	SIN RIESGO	N/A	0	NA	0
	5	Nivel I,II y III con categorización de riesgo medio o alto	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	1,1	0,91	3	0,057	0,171
	6	Nivel I,II y III con categorización de riesgo medio o alto	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos a) Compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	0	0	0	0,057	0
	7	Nivel I,II y III con categorización de riesgo medio o alto	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.	Variación Negativa	Vaiación Negtiva	5	0,057	0,285
	8	Nivel I,II y III con categorización de riesgo medio o alto	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones-RIPS	4	4	5	0,057	0,285
	9	Nivel I,II y III con categorización de riesgo medio o alto	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	0,86	1,03	5	0,057	0,285
	10	Nivel I,II y III con categorización de riesgo medio o alto	Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la Circular Unica expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	NO CUMPLE	NO CUMPLE	0	0,057	0
	11	Nivel I,II y III con categorización de riesgo medio o alto	Oportunidad en el reporte de informacion en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, -capitulo 8, titulo 3, parte 5 del libro de Decreto Unico Reglamentario del Sector Salud y proteccion Social o la norma que la sustituya.	CUMPLE	CUMPLE	5	0,058	0,29
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%	21	Nivel I,II y III con categorización de riesgo medio o alto	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	0,73	0,88	5	0,08	0,4
	22	Nivel I,II y III con categorización de riesgo medio o alto	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	1	0	5	0,08	0,4
	23	Nivel I,II y III con categorización de riesgo medio o alto	evaluación aplicación de guias de manejo específica:Guia de atencion de enfermedad hipertensiva.	0,9	0,98	5	0,07	0,35
	24	Nivel I,II y III con categorización de riesgo medio o alto	Evaluación de aplicación de Guías de manejo de Crecimiento y desarrollo.	0,73	0,86	5	0,06	0,3
	25	Nivel I,II y III con categorización de riesgo medio o alto	proporcion de reingreso de pacientes al servicio urgencias en menos de 72 horas.	0,01	0,01	5	0,05	0,25
	26	Nivel I,II y III con categorización de riesgo medio o alto	Tiempo promedio de espera para la asignacion de cita de medicina general.	0,1	1,07	5	0,06	0,3
TOTAL							1	4,316
							SATISFACTORIA	

4. CONCLUSIONES

De Acuerdo con el Plan de Gestión 2024-2028, suscrito por el Doctor **MARLIO ANDRES POSADA MUÑOZ**, Gerente de la ESE Rafael Tovar Poveda del Municipio de Belén de los Andaquies Caquetá, aprobado mediante Acuerdo de Junta Directiva 004 del 30 de mayo de 2024, y una vez analizados cada uno de los indicadores correspondientes a las áreas de Gestión Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y de Gestión Clínica o Asistencial, se concluye que la Gestión de la Gerencia para la vigencia 2025, ha sido **SATISFACTORIA**, alcanzando un calificación de **4.316** como se evidencia en la Matriz de Calificación establecida en la Resolución 0408 de 2018 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social.