



PLAN DE ACCION VIGENCIA 2025

Línea estratégica.	Meta de resultado (Estrategia)	Meta de producto.	#	Acciones	Fecha de inicio	Fecha final	Área responsable.	Nombre del Responsable de la	Indicador de producto.	Unidad de medida.	Meta Anual	Resultado del Indicador	Porcentaje de Cumplimiento	Fec
														AVANCE / ACTIVIDAD
	Adoptar y adaptar el modelo de salud predictivo preventivo y resolutivo centrado en el ser humano como sujeto derechos.	Ejecutar el plan operativo de Atención Primaria en Salud-APS	1	Cumplir con las metas establecidas en el plan operativo derivado de la Atención Primaria en Salud.	1/8/2025	31/12/2025	Promoción y Mantenimiento	Luisa Fernanda Triana Enfermera Líder de PYM	Porcentaje promedio de ejecución del plan operativo de Atención Primaria en Salud-APS	Porcentaje	≥80%	NA	NA	Actividad que será ejecutada ya que el plan operativo para l esta fecha.
			2	Socializar de manera mensual al interior del comité de gerencia los avances en la ejecución del plan operativo y cumplimiento de metas Res 3280.	1/10/2025	31/12/2025		Diego Silva Enfermero Líder Convenios						Actividad que será ejecutada ya que el plan operativo para l esta fecha.
			3	Realizar acciones de divulgación en página web y redes sociales de la entidad sobre las acciones de promoción y mantenimiento de la salud que realiza la E.S.E en sus diferentes unidades, centros, puestos de salud y actividades extramurales	1/2/2025	31/12/2025		Saul Betancort Ingeniero de Sistemas Líderes de proceso	Numero de divulgaciones realizadas	Número	11	2	18%	Durante el primer trimestre de adelantó un proceso continuo página web institucional y red (Facebook, Instagram y X), co socializar las diferentes estrat mantenimiento de la salud de: Actividades que se pueden ví: Pagina web: <a href="https://uilese.gov.co/compon">https://uilese.gov.co/compon</a> Redes USI <a href="https://www.facebook.com/pro">https://www.facebook.com/pro</a> <a href="https://www.facebook.com/pro">7&amp;mbextid=wwXf&amp;mbextid=</a> Instagram: <a href="https://www.instagram.com/us">https://www.instagram.com/us</a> 10DF&utm_source=qr
			4	Realizar captación de población gestante antes de la semana 12 de gestación, para identificar de manera temprana riesgos inherentes al embarazo y lograr su intervención oportuna.	1/2/2025	31/12/2025		Luisa Fernanda Triana Enfermera Líder de PYM	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Porcentaje	≥85%	88%	100%	En el acumulado de enero a n cumplimiento de captación de 12 semanas fue del 87.84%, ( 12 semanas de gestación / 25 ingresaron al control prenatal. Hubo un aumento en la cobert comparación del año anterior, diferentes estrategias plantea interdisciplinario donde se ati para el ingreso oportuno en la
	Consolidar un modelo de prestación de servicios centrado en el usuario y su familia, articulado con programas de información, educación y comunicación, que incluya poblaciones vulnerables y/o Plan de Intervenciones Colectivas	Fortalecer la prestación de los servicios en la zona urbana y rural del municipio de Ibagué, mediante la implementación de las rutas integrales de atención en salud.	5	Mantener la incidencia de Sífilis congénita en 0 mediante el mantenimiento de la Ruta Materno-perinatal, Promoción y Mantenimiento de la Salud y la aplicación de la guía de practica clinica para el manejo de sífilis gestacional.	1/2/2025	31/12/2025	Promoción y Mantenimiento	Mayra Rojas Enfermera Líder de Ruta Materno-perinatal	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Número	0	0	100%	La E.S.E realiza tamizaje obli cada una de la gestantes y p oPrimera consulta prenatal. oTercer trimestre (semana 28- En el momento del parto y se historia clinica. una vez verificada la informaci vigilancia epidemiológica SV Salud de Ibagué (USI), no se i congénita en esta institución c año 2025.
			6	Realizar auditoria de adherencia a la guía de atención de enfermedad hipertensiva, a través de una muestra representativa de las historias clínicas.	1/7/2025	31/12/2025		Auditor Concurrente	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: guía de atención de enfermedad Hipertensiva	Porcentaje	≥90%	NA	NA	Actividad programada para el
			7	Realizar auditoria de adherencia a la guía técnica para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo, a través de una muestra representativa de las historias clínicas.	1/7/2025	31/12/2025		Auditor Concurrente	Evaluación de aplicación de guía de manejo de control de crecimiento y desarrollo	Porcentaje	≥80%	N/A	NA	Actividad programada para el

			8	Implementar el Modelo de Atención en Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, a través de la operativización de los equipos básicos financiados por el Ministerio de Salud y Protección Social para el área rural e inclusión de esta estrategia en el convenio MATE, con la finalidad de dar continuidad durante la vigencia.	1/4/2025	31/12/2025		Luisa Fernanda Triana Enfermera Líder de PYM Diego Silva Enfermero Líder Convenios	Implementación de equipos básicos en salud	Porcentaje	≥95%	N/A	NA	Actividad programada para el trimestre de 2025
Fortalecer la salud mental de los ibaguereños, a través de la estrategia "En Ibagué elegimos Vivir" y Ruta Mental.	Implementar la estrategia "En Ibagué elegimos Vivir" en las instituciones educativas de las comunas priorizadas.	Implementar la Ruta Mental en la Unidad de Salud de Ibaub.	9	Ejecutar el cronograma establecido para la implementación de la estrategia "En Ibagué Elegimos Vivir", según lineamientos de la misma.	1/8/2025	31/12/2025	Ruta Salud Mental	Luis Felipe Bocanegra Coordinador Salud Mental Auditor Concurrente	Cumplimiento actividades de la estrategia "En Ibagué elegimos Vivir"	Porcentaje	≥90%	N/A	NA	Actividad programada para el
			10	Realizar auditoría de adherencia a las guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad en Salud Mental, a través de una muestra representativa de las historias clínicas.	1/7/2025	31/12/2025			Evaluación de la aplicación de las guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE	Porcentaje	≥80%	N/A	NA	Actividad programada para el
			11	Realizar auditoría de adherencia a las guías para prevención de Fuga en pacientes hospitalizados en la ESE.	1/7/2025	31/12/2025			Evaluación de la aplicación de guía para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)	Porcentaje	≥80%	N/A	NA	Actividad programada para el
			12	Realizar auditoría de adherencia a las guías para prevención de Suicidio en pacientes tratados en la ESE.	1/7/2025	31/12/2025			Evaluación de aplicación de guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)	Porcentaje	≥80%	N/A	NA	Actividad programada para el
			13	Mejorar la accesibilidad a la consulta de Psiquiatría, a través de la implementación de APP y pagina Web, con la finalidad de adquirir cita de medicina especializada.	1/2/2025	31/12/2025			Oportunidad en la consulta psiquiátrica	días	≤10	8.28	100%	Durante el primer trimestre se primera vez de psiquiatría, con la fecha que se asigno la cita 508 días, para una oportunidad días
			14	Ejecutar las acciones establecidas en el mapa de riesgo institucional.	1/5/2025	31/12/2025			Planeación	Paola Andrea Barragán Profesional de Planeación	Efectividad en el tratamiento de los riesgos identificados.	Porcentaje	≥85%	N/A
Fortalecer la administración del riesgo integral en todas las áreas de la institución, incluyendo los de tipo operativo,...	Fortalecer la cultura de seguridad del paciente en la USI.	15	Realizar socialización de la política y programa de seguridad del paciente al interior de la institución	1/2/2025	31/12/2025	Seguridad del Paciente	Líder de seguridad del paciente	Porcentaje de colaboradores cuya calificación en el postest es superior o igual a 4.	Porcentaje	≥90%	93%	100%	De acuerdo a la herramienta de seguridad del paciente, en capacitados, obtuvieron calificación mayor a 4, es decir, la adhiere	
		16	Realizar rondas de seguridad del paciente en la Unidad de Salud de Ibagué	1/2/2025	31/12/2025			Numero de rondas de seguridad del paciente realizadas	Numero	11	3	27%	Durante el primer trimestre se cuyos resultados son socializar seguridad del paciente y se g mejoramiento si hay lugar	

Atención segura, humanizada y con calidad	asistencial (seguridad del paciente) y salud ocupacional.	17	Realizar jornadas de lavado de manos y capacitaciones que fortalezcan la prevención de Infecciones asociadas a la atención en salud	1/2/2025	31/12/2025			Porcentaje de infecciones adquiridas en el periodo	Porcentaje	0%	0.13%	100%	Durante el primer trimestre se 769 egresos vivos para un periodo de 0,13.	
		Fortalecer la cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo.	18	Ejecutar el plan de trabajo anual de seguridad y salud en el trabajo	1/2/2025	31/12/2025	Seguridad y Salud en el Trabajo	Veronica Líder de SST	Porcentaje de cumplimiento plan de SST	Porcentaje	≥85%	0%	0%	Actividades en ejecución, el lit soportes para validar porcent
			19	Realizar analisis mensual de accidentes e incidentes en el COPASST	1/2/2025	31/12/2025			Numero de comités realizados	Numero	11	3	27%	Durante el primer trimestre de reuniones mensuales del com
	Promover la humanización en la prestación de servicios de salud y cumplir con lineamientos técnicos de calidad.	Implementar un programa de salud humanizado, enfocado en los colaboradores, la familia y los pacientes.	20	Ejecutar las acciones establecidas en el plan operativo derivado del programa de humanización.	1/8/2025	31/12/2025	Humanización	Líder de humanización	Porcentaje de cumplimiento del programa de humanización	Porcentaje	≥90%	N/A	NA	El plan operativo tiene fecha d
			21	Crear el comité de Humanización de la Institución	1/8/2025	31/12/2025			Comité creado y en funcionamiento	Numero	1	N/A	NA	Actividad no ejecutada
	Fortalecer el mejoramiento continuo según requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) e informes de auditorías internas y externas	Implementar planes de mejoramiento respecto a los resultados de las auditorías internas y externas.	22	Elaborar y ejecutar planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas y externas realizadas a la Unidad de Salud de Ibagué.	1/2/2025	31/12/2025	Calidad	Guillermo Vargas Líder Calidad	Porcentaje de Planes de mejoramiento producido de auditorías internas y externa.	Porcentaje	≥90%	29%	32%	Elaboración de plan de mejor auditorías con la Secretaría de de Salud y Protección Social.
			23	Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas y externas	1/2/2025	31/12/2025			Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Porcentaje	≥90%	29%	32%	Desde el área de calidad se r mejoramiento suscrito con la t emergencia por fiebre amarilla de cumplimiento a la fecha. Desde el área de planeación: plan de mejoramiento suscrito Protección Social el cual cuen
		24	Realizar analisis y reporte trimestral de indicadores Resolución 256 de 2016	1/2/2025	31/12/2025	Cumplir las metas de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad			Porcentaje de Indicadores del Sistema de Información para la Calidad que cumplieron la meta según normatividad vigente	Porcentaje	≥90%	94%	100%	Se realizó el análisis detallad: obligatorios de reporte, evaluas metas en relación con los está identificaron indicadores con l permitió generar alertas temp; mejora se evaluaron 36 indica cumplieron la meta establecido cumplimiento del 94%

	Fortalecer la satisfacción de los usuarios con relación a los trámites y servicios prestados por la USI.	Lograr una alta satisfacción global de los usuarios sobre la experiencia respecto a los servicios de salud que recibió a través de la USI.	25	Implementar estrategia de información y comunicación a los usuarios sobre los canales de información de la institución	1/2/2025	31/12/2025	SIAU	Carolina Blanco	Satisfacción global de los usuarios en la IPS	Porcentaje	≥90%	97%	100%	La E.S.E. ha implementado u información y comunicación q personal en atención humaniz señalización interna, la aplicac de satisfacción y la socializac enfoque en mejora continua, p participación activa de los usu. fortalecimiento de los servicio permitido establecer a través satisfacción global del 97%
Talento Humano competente y comprometido	Fortalecer los valores y competencias del talento humano, para mejorar el desempeño laboral y la prestación de los servicios de salud de la USI.	Fortalecer la implementación de las políticas de gestión del talento humano, de conocimiento y de integridad en la Unidad de Salud de Ibagué USI E.S.	26	Aplicar encuesta de cultura y clima organizacional al interior de la institución	1/7/2025	31/12/2025	Talento Humano	Adan Ruiz Líder Talento Humano	Satisfacción de los servidores según encuesta de cultura y clima organizacional.	Porcentaje	≥90%	N/A	N/A	Actividad programada para el
			27	Elaborar e implementar plan estratégico de talento humano.	30/1/2025	31/12/2025			Porcentaje cumplimiento del Plan de acción de la Matriz de Gestión Estratégica de Talento Humano de la USI	Porcentaje	≥85%	10%	12%	Se elaboro el plan Estratégico alineado con la misión, visión la E.S.E., que permite fortalecer optimizar el desarrollo del tale organizacional y garantizar la los servicios de salud
Infraestructura en salud requerida	Fortalecer el funcionamiento de la USI en las Unidades Intermedias, Centros y Puestos de salud, con optimización y programa de mantenimiento de infraestructura, dotación de equipos y tecnología.	Contar con la infraestructura física y tecnológica requerida, establecida en el Plan Maestro de infraestructura en salud, según proyectos viabilizados y disponibilidad de recursos para su ejecución.	28	Ejecutar el cronograma de obra derivado del proyecto CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE SALUD DEL TOPACO DE LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ - TOLIMA.	1/2/2025	31/12/2025	Apoyo Hospitalario	Jaime Arias Líder Apoyo Hospitalario	Porcentaje de ejecución de los proyectos de inversión de la ESE	Porcentaje	≥70%	N/A	N/A	Actividad no ejecutada a la fe Salud Departamental no ha ex viabilidad para la construcción Topaco, en relación a la Unid encuentra en etapa de revisió Ministerio de Salud y Protecci
			29	Ejecutar el plan anual de mantenimiento	1/2/2025	31/12/2025			Porcentaje de cumplimiento del plan anual de mantenimiento	Porcentaje	≥85%	10%	12%	Se realizan mantenimiento pre correctivo, inspecciones periód equipos biomédicos, Gestión contratistas y proveedores, Ac locativas, Gestión de repuest conformidad a los cronogram necesidades aso como tambi priorización de riesgos
	30	Cumplir con las metas establecidas en el plan operativo del área de sistemas	30/7/2025	31/12/2025	Sistemas	Saul Betancort Ingeniero de Sistemas	Implementación de acciones de mejora en el funcionamiento y uso de los Sistemas de información	Porcentaje	≥85%	N/A	NA	El plan operativo tiene fecha c		
Desempeño Institucional	Fortalecer el desempeño institucional mediante la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG	Ejecutar planes de acción MIPG de acuerdo a resultados FURAG	31	Realizar autodiagnostico y plan de acción de acuerdo a las políticas de gestión y desempeño de la institución	1/7/2025	31/12/2025	Todas	Comité MIPG	Porcentaje de cumplimiento de los planes de acción	Porcentaje	≥85%	N/A	NA	La acción se tiene prevista eje iniciando con el autodiagnosti de FURAG 2024
	Desarrollar proceso de reorganización y modernización administrativa en la USI para mejorar su capacidad y funcionamiento.	Mejorar la eficiencia y eficacia de las áreas e interacción de los procesos a través de la reorganización y modernización administrativa de la USI	32	Realizar estudio de cargas laborales	1/2/2025	31/12/2025	Talento Humano	Sandra Ramirez Subgerente	Estudio de cargas laborales	Numero	1	N/A	NA	La Unidad de Salud de Ibagué empresa Quality la cual se en elaboración de estudio de car finalidad de identificar la canti según las funciones.
	Fortalecer la defensa judicial y extrajudicial mediante la actuación oportuna y efectiva a los	Disminuir el número de procesos en contra de la USI, evitando actuaciones de	33	Realizar mesas de trabajo con líderes de proceso, con la finalidad de dar respuesta a las PQRS interpuestas a la entidad.	1/2/2025	31/12/2025		Angie Juliett	Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS) resueltas de manera oportuna	Porcentaje	≥90%	81%	90%	Actividad realizada a través d reuniones de equipo para res; PQRS

	Exposición y vulneración a los procesos, requerimientos, derechos de petición y tutelas.	vulneración del régimen jurídico que pongan en riesgo el patrimonio de la USI	34	Realizar seguimiento y diligenciamiento mensual a la matriz de procesos judiciales de la entidad.	1/2/2025	31/12/2025		Asesor Jurídico	Matriz diligenciada	Numero	1	0.25	25%	El asesor jurídico de la ESE realiza matriz de procesos judiciales es socializada en comité de c
Sostenibilidad Financiera	Fortalecer la gestión de venta de los servicios de salud por parte de la USI a través de la suscripción y ejecución de contratos, convenios o alianzas estratégicas.	Aumentar los ingresos por venta de servicios de salud por parte de la USI	35	Realizar mesas de trabajo con las EAPB presentes en el Municipio con la finalidad de socializar el portafolio de servicios y así lograr la contratación de nuevos usuarios.	1/2/2025	31/12/2025	Gerencia Auditoría de cuentas medicas	Auditor Cuentas Medicas	Numero de contratos suscritos con las EAPB	Numero	≥2	1	50%	Durante el primer trimestre mesas técnicas de trat Administradoras de Planes de Salud, Nueva EPS (régimen Salud Total, maternas, pilac presentar y ofertar el portafolio la E.S.E. y avanzar en la prestación de se Como resultado de estas gest contractual con la EPS Pija red de aseguramiento y gase atención a la población usuari
	Fortalecer la facturación de la prestación de los servicios de salud para aumentar los ingresos de la USI		36	Realizar seguimiento permanente a la ejecución de contratos y convenios de prestación de servicios de salud, para mejorar la facturación y aumentar los ingresos operacionales.	1/2/2025	31/12/2025	Facturación	Luis Humberto Garcia Líder Facturación	Porcentaje de facturación radicada	Porcentaje	≥90%	100%	100%	Se realiza seguimiento permanente se radica oportunamente y técnicos de cada pagador. \$1 \$14862675624 facturado
	Fortalecer la gestión de cobro para la recuperación de cartera y pago oportuno de la EPS y EAPB	Recuperar la cartera por venta de servicios de salud por parte de la USI	37	Adelantar de manera mensual los Comités de Conciliación interna y externa para el mejoramiento del recaudo y recuperación de cartera.	1/2/2025	31/12/2025	Cartera	Maria del Carmen Ordoñez Líder Cartera	Comités realizados	Numero	11	3	27%	Durante el primer trimestre se externas con las diferentes as acuerdos de pago y cobros por un incremento en el recaudo )
	Fortalecer la política de austeridad y uso eficiente de los recursos con el fin de incrementar la productividad y contribuir al equilibrio financiero en la USI	Lograr equilibrio presupuestal de la USI con la aplicación de la política de austeridad y uso eficiente de los recursos.	38	Realizar acciones de información al interior de la institución sobre el uso racional del papel, energía y agua, con la finalidad de dar cumplimiento a la política de austeridad y uso eficiente de los recursos.	1/2/2025	31/12/2025	Apoyo Hospitalario Seguridad y Salud en el Trabajo	Jaime Arias Verónica	Numero de acciones de información	Numero	4	0	0%	La ESE cuenta con programa política de 0 papel
	Fortalecer el ejercicio de auditoría médica concurrente para identificación de posibles causas de glosas y verificar el cumplimiento de requisitos normativos, en aras de mejorar la atención al paciente y los resultados.	Disminuir valor de glosas frente al valor facturado por prestación de servicios de salud por parte de la USI	39	Establecer estrategia de acción conjunta para el fortalecimiento de los procesos de facturación, auditoría, cartera, devolución y glosas	1/2/2025	31/12/2025	Facturación auditoría Cartera Glosas	Luis Humberto Garcia Jefe Johan Aldana Maria del Carmen Ordoñez	Estrategia documentada	Numero	1	0	0%	La E.S.E cuenta con un manual facturación, recuperación eficiente oportuna de las glosas, con el fin financiera y la eficiencia operativa ingresos, mediante procesos alineados con la normatividad
				Seguimiento permanente a la ejecución de gastos a través del comité de gerencia y/o calidad	1/2/2025	31/12/2025	Gerencia Subgerencia de servicios de salud Financiera	Jorge Armando Cabrera Sandra Milena Ramirez Julia Patricia Rincón	(gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/Numero de LVR producidas en la vigencia) / (Gasto comprometido en la vigencia anterior- en valores constantes del año objeto de evaluación- sin incluir cuentas por pagar/	Porcentaje	<0,90	25%	25%	Se realiza seguimiento a ejecución calidad correspondiente a los de marzo de 2025 , los cuales: 33.174.404,57% comparados de marzo de 2024 por valor d genera un indicador por encima (1,28), identificando la necesidad austeridad en el gasto e incur Aunque en el primer trimestre seguimiento no solo permite e

Fortalecer la aplicación de la política de austeridad y uso eficiente de los recursos con el fin de incrementar la productividad y contribuir al equilibrio financiero en la USI	Lograr equilibrio presupuestal de la USI con la aplicación de la política de austeridad y uso eficiente de los recursos.	41	Realizar adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico a través de cooperativas de ESE y/o mecanismos electrónicos	1/2/2025	31/12/2025	Gerencia Subgerencia de servicios de salud Financiera	Jorge Armando Cabrera Sandra Milena Ramirez Julia Patricia Rincón	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: compras conjuntas, compras a través de cooperativas de ESE y/o compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE	Porcentaje	≥0.70	63%	90%	Si bien el Indicador es de med de medicamentos y material n durante la vigencia a través de Valor total adquisiciones de r médico quirúrgico realizadas : o más de los siguientes meca (\$1167754000) / Valor total d por medicamentos y material 2025 (\$1653373094)
		42	Realizar gestión de cartera y socializar avances en el comité de gerencia y/o calidad	1/2/2025	31/12/2025	Gerencia Subgerencia de servicios de salud Financiera	Jorge Armando Cabrera Sandra Milena Ramirez Julia Patricia Rincón	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación - Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios y contratación de servicios corte 31 Dic. Vigencia anterior valores constante	Deuda con variación negativa			0%	la E.S.E. , realizo en el primer conciliaciones externas con la y/o EPS, derechos de petición persuasivos y jurídicos, acción incremento en el recaudo y re gestiones que han sido social comites en los cuales se soci y presupuestal de la E.S.E
		43	Realizar socialización de RIPS y perfil epidemiológico a la Junta Directiva de l ESE	1/4/2025	31/12/2025	Epidemiología	Sergio Gazcon	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación.	Número	4	NA	NA	En abril o mayo 2025 se soci trimestre de análisis de la pre: ESE con base en RIPS a la J
		44	Realizar seguimiento permanente a la ejecución de ingresos a través del comité de gerencia y/o calidad	1/2/2025	31/12/2025	Gerencia Subgerencia de servicios de salud Financiera	Jorge Armando Cabrera Sandra Milena Ramirez Julia Patricia Rincón	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de la evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de las vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)	Porcentaje	≥ 1	0.85	0%	Se realizó seguimiento a trav donde se evidenció que los in con corte al 31 de marzo de 2 28.234.570.323 sobre los c mismo periodo por valor de valor de 0,85, generando incu
		45	Realizar reporte oportuno de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud	1/2/2025	31/12/2025	Calidad Facturación Contabilidad Apoyo Hospitalario Atención al Usuario Planeación	Guillermo Vargas Luis Humberto Garcia Jaime Arias Carolina Blanco Paola Barragán	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	Presentación Oportuna		hoportuno	0%	La ESE realiza de manera inc información relacionada en la la Superintendencia Nacional profesionales de facturación r oportuno.
		46	Realizar reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 de manera oportuna y en los tiempos establecidos.	1/2/2025	31/12/2025	Facturación Cartera Contabilidad Presupuesto Contratación Calidad Jurídica Talento Humano Apoyo Hospitalario	Luis Humberto Garcia Maria del Carmen Ordoñez Eduardo Villalobos Dora Emilce Diaz Olga Lucía Orozco Guillermo Vargas Angie Rojas Adrian Ruiz Jaime Arias	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de la evaluación	Presentación Oportuna		Oportuna	100%	La ESE realiza reporte oportu Directiva, en la cual se valida i acuerdo a los conceptos y áre cuenta con acta de reunión de pantallazo del aplicativo S/HO

GESTION DE PLANEACION DE LA CALIDAD Y DESARROLLO ESTRATEGICO

SUBPROCESO PLANEACION

FORMATO PLAN DE ACCION PLAN DE DESARROLLO

SEGUIMIENTO 1			Resultado del Indicador	Porcentaje de Cumplimiento	SEGUIMIENTO 2			Resultado del Indicador	Porcentaje de Cumplimiento
ha:	30/3/2025				Fecha:	30/6/2025			
DES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES			AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES		AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS
a partir del mes de agosto, a vigencia 2025 da inicio en	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	NA	NA	Actividad que será ejecutada a partir del mes de agosto, ya que el plan operativo para la vigencia 2025 da inicio en esta fecha.	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	53%	66%
a partir del mes de agosto, a vigencia 2025 da inicio en	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución			Actividad que será ejecutada a partir del mes de agosto, ya que el plan operativo para la vigencia 2025 da inicio en esta fecha.	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución		La socialización del avance en el plan operativo APS se realizara en comité de Calidad en el mes de octubre de 2025.
l año 2025, la E.S.E. de divulgación a través de sus redes sociales oficiales en el objetivo de visibilizar y estrategias de promoción y herramientas	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se han realizado en cada mes (febrero, marzo), divulgaciones a través de publicaciones en página web y redes sociales, relacionadas con acciones de promoción y mantenimiento de la salud.	5	45%	Durante el segundo trimestre de 2025 se han realizado Publicaciones informativas semanales, Difusión en tiempo real de jornadas extramurales, Boletines digitales, Campañas digitales temáticas, Espacios de interacción en redes sociales y Promoción de la agenda institucional. Actividades que se pueden visibilizar en: Pagina web: <a href="https://usiese.gov.co/component/k2/itemlist/category/1.html">https://usiese.gov.co/component/k2/itemlist/category/1.html</a> Redes USI <a href="https://www.facebook.com/profile.php?id=61555399456137&amp;mbextid=wwXlfr&amp;mbextid=wwXlfr">https://www.facebook.com/profile.php?id=61555399456137&amp;mbextid=wwXlfr&amp;mbextid=wwXlfr</a> Instagram: <a href="https://www.instagram.com/usu.ibague?gsh=Z2RubW5ibjM1ODFr&amp;utm_source=qr">https://www.instagram.com/usu.ibague?gsh=Z2RubW5ibjM1ODFr&amp;utm_source=qr</a>	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se han realizado en cada mes (febrero a junio), divulgaciones a través de publicaciones en página web y redes sociales, relacionadas con acciones de promoción y mantenimiento de la salud.	8	73%
arzo el porcentaje de las gestantes antes de las 260 usuarias menores de las 16 usuarias en total que de enero a marzo del 2025. ura de captación a teniendo en cuenta las das junto con el equipo nden las madres gestantes, ruta materno perinatal.	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se ha captado en un 88% (260 de 296) la población gestante antes de la semana 12 de gestación, para identificar de manera temprana riesgos inherentes al embarazo y lograr su intervención oportuna.	88%	100%	En el acumulado de enero a junio el porcentaje de cumplimiento de captación de las gestantes antes de las 12 semanas fue del 87,52%, (519 usuarias menores de las 12 semanas de gestación / 593 usuarias en total que ingresaron al control prenatal en el año 2025), manteniendo la cobertura frente al anterior trimestre evaluado. Para aumentar la cobertura de captación se continúa aplicando las estrategias diseñadas en los diferentes servicios de salud en acompañamiento con los grupos APS y equipos interdisciplinarios donde se atienden las madres gestantes, para el ingreso oportuno en la ruta materno perinatal.	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se ha captado en un 88% (519 de 593) la población gestante antes de la semana 12 de gestación, para identificar de manera temprana riesgos inherentes al embarazo y lograr su intervención oportuna.	88%	100%
atorio para sífilis en todas y ruebas serológicas en: 32). 1 registran resultados en la ón en el sistema de KGLA 2025 de la Unidad De resenaron casos de sífilis luzante el primer trimestre del	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, cumpliendo mensualmente la meta de mantener en 0 la incidencia de sífilis congénita, según verificación en SVIGLA 2025 de la Unidad De Salud de Ibagué (USI), que no reporta casos de sífilis congénita en el primer trimestre del año 2025.	0	100%	La E.S.E realiza tamizaje obligatorio para sífilis en todas y cada una de las gestantes y pruebas serológicas como también educación sexual y reproductiva y capacitación al personal de salud en prevención y detección de ITS Una vez verificada la información en el sistema de vigilancia epidemiológica SVIGLA 2025 de la Unidad De Salud de Ibagué (USI), no se presentaron casos de sífilis congénita en esta institución durante el segundo trimestre del año 2025.	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, cumpliendo mensualmente la meta de mantener en 0 la incidencia de sífilis congénita, según verificación en SVIGLA 2025 de la Unidad De Salud de Ibagué (USI), que no reporta casos de sífilis congénita a cierre del segundo trimestre del año 2025.	0	100%
segundo semestre	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	N/A	NA	Actividad programada para el segundo semestre	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0%	0%
segundo semestre de 2025	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	N/A	NA	Actividad programada para el segundo semestre de 2025	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0%	0%

iciar a partir del segundo	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	67%	71%	La E.S.E. ha formalizado la contratación e implementación de 60 Equipos Básicos de Salud (EBS), de un total de 89 equipos asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social.	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, con una implementación a 31 de julio de 2025 de 67,41% de los EBS, por cuanto se han contratado 60 de 89 programados, según los recursos asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social.	87%	92%	La E.S.E. ha avanzado en el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud mediante la formalización e implementación de 77 Equipos Básicos de Salud (EBS), lo que representa un avance del 86,5 % frente a los 89 equipos asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
segundo semestre	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	N/A	NA	Actividad programada para el segundo semestre	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0%	0%	Actividad no ejecutada
segundo semestre	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	N/A	NA	Actividad programada para el segundo semestre	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0%	0%	Actividad no ejecutada
segundo semestre	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	N/A	NA	Actividad programada para el segundo semestre	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0%	0%	Actividad no ejecutada
segundo semestre	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	N/A	NA	Actividad programada para el segundo semestre	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0%	0%	Actividad no ejecutada
segundo semestre	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	N/A	NA	Actividad programada para el segundo semestre	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0%	0%	Actividad no ejecutada
asignaron 189 citas por una diferencia de días entre y la fecha que se solicitó de en la atención de 8,28	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se han asignado las citas para consulta de psiquiatría, cumpliendo la meta en la oportunidad de estas (fecha de asignación de la cita menos la fecha de solicitud de la misma), que al cierre del primer trimestre de 2025 fue de 8,28 días.	8,63	100%	Durante el segundo trimestre se asignaron 78 citas por primera vez de psiquiatría, con una diferencia de días entre la fecha que se asignó las citas y la fecha que se solicitó de 224 días, para una oportunidad en la atención de 8,63 días	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se han asignado las citas para consulta de psiquiatría, cumpliendo la meta en la oportunidad de estas (fecha de asignación de la cita menos la fecha de solicitud de la misma), que al cierre del segundo trimestre de 2025 fue de 8,63 días.	2,77	100%	Durante el tercer trimestre se asignaron 82 citas iniciales en el servicio de psiquiatría, registrando un intervalo promedio de 227 días entre la fecha de solicitud y la fecha efectiva de asignación. Este comportamiento se traduce en una oportunidad promedio de atención de 2,77 días, indicador que permite evaluar la eficiencia del proceso de asignación de citas y la capacidad de respuesta del servicio frente a la demanda asistencial.
riesgos institucional se al, motivo por el cual no se o 31 de 2025	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución, si bien se está realizando monitoreo, el seguimiento es con corte cuatrimestre, en concordancia con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano. Por tal razón, al cierre de primer trimestre 2025 no presenta avance.	17%	20%	Con corte al segundo cuatrimestre del 2025 el mapa de riesgos institucional presenta un pronóstico de cumplimiento del 17%, evidenciando un total de 13 riesgos definidos de la siguiente manera: 10 de Ejecución_y_Administración_de_procesos 2 de Fraude_Interno 1 de Daños_Activos_Físicos	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se realizó seguimiento al mapa institucional de riesgos con corte al primer cuatrimestre de 2025 (abril 2025), donde se evidencia un 17% de cumplimiento de las acciones de control establecidas. De 13 riesgos, 9 se encuentran en ejecución y 4 por iniciar.	42%	49%	Con corte al segundo cuatrimestre del 2025 el mapa de riesgos institucional presenta un 42% de cumplimiento evidenciando un total de 13 riesgos definidos de la siguiente manera: 10 de Ejecución_y_Administración_de_procesos 2 de Fraude_Interno 1 de Daños_Activos_Físicos
de adherencia del programa el primer trimestre 25 de 27 acción en el postes igual o ncia fue del 93%	Por iniciar	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto en el primer trimestre 2025, se realizaron capacitaciones de seguridad del paciente, con adherencia del 93% (25 capacitados con calificación igual o superior a 4 de 27 capacitados).	100%	100%	En el segundo trimestre se realizó inducción en seguridad del paciente y se capacitó en las estrategias de la política como administración segura de medicamentos, comunicación efectiva, identificación correcta y la importancia del reporte de las acciones inseguras y eventos adversos, obteniendo un 100% de adherencia por parte de los participantes en los temas socializados.	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto en el segundo trimestre 2025, se realizaron capacitaciones de seguridad del paciente, con adherencia del 100% (16 capacitados con calificación igual o superior a 4 de 16 capacitados y evaluados).	100%	100%	Durante el tercer trimestre de 2025, se llevó a cabo el proceso de inducción en Seguridad del Paciente, orientado al fortalecimiento de la cultura institucional en torno a la atención segura. En este espacio se desarrollaron capacitaciones sobre las principales estrategias de la política, entre ellas: administración segura de medicamentos, comunicación efectiva, identificación correcta del paciente y la importancia del reporte de acciones inseguras y eventos adversos. Como resultado, se alcanzó un nivel de adherencia del 100% por parte de los participantes
realizaron rondas mensuales en el comité de nneran planes de	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto en cada mes se han realizado rondas de seguridad del paciente en la Unidad de Salud de Ibagué	6	55%	Durante el primer trimestre se realizaron rondas de seguridad mensuales que permiten evaluar la adherencia al programa de seguridad del paciente cuyos resultados son socializados en el comité de seguridad del paciente	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto en cada mes se han realizado rondas de seguridad del paciente en la Unidad de Salud de Ibagué	9	82%	Durante el tercer trimestre se realizaron rondas de seguridad mensuales que permiten evaluar la adherencia al programa de seguridad del paciente cuyos resultados son socializados en el comité de calidad

presento una (1) IAAS de reentaje de infecciones en el	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución, por cuanto se realizó jornada de lavado de manos y capacitación para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud. Según información reportada el porcentaje de infecciones adquiridas en el periodo fue de 0,14%	0.07%	100%	Durante el segundo trimestre se realizó capacitación sobre los 5 momentos del lavado de manos con el fin de fortalecer la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, durante este periodo se presentaron cero (0) infecciones de 731 egresos vivos	En ejecución	La acción no ha iniciado su ejecución, por cuanto se realizó jornada de lavado de manos y capacitación para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud. Según información reportada el porcentaje de infecciones adquiridas en el periodo fue de 0%	0.09%	100%	Durante el tercer trimestre se realizó capacitación sobre los 5 momentos del lavado de manos con el fin de fortalecer la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, durante este periodo se presentaron cero (0) infecciones de 715 egresos vivos, lo que corresponde a una tasa de IAAS de 0,16%
er del proceso no presenta je de ejecución.	Por iniciar	Líder del proceso no presenta sortees para validar ejecución.	47%	55%	El Plan de Trabajo Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) correspondiente a la vigencia 2025 presenta, con corte al 30 de Junio de 2025, un avance de ejecución del 47%, evidenciando el cumplimiento progresivo de las actividades programadas conforme a lo establecido en la planeación anual	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se ha ejecutado el plan de trabajo anual de seguridad y salud en el trabajo en un 47% a 30 de Junio de 2025.	68%	80%	El Plan de Trabajo Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) correspondiente a la vigencia 2025 presenta, con corte al 30 de septiembre de 2025, un avance de ejecución del 68%, evidenciando el cumplimiento progresivo de las actividades programadas conforme a lo establecido en la planeación anual
2025, se realizaron ité	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se han realizado reuniones mensuales de COPASST donde se socializaron informes de actividades respecto al plan de trabajo y capacitaciones, además se analizaron los accidentes e incidentes, dejando registro en las respectivas actas.	6	55%	Durante el segundo trimestre de 2025 se realizaron las reuniones mensuales correspondientes	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se han realizado reuniones mensuales de COPASST donde se socializaron informes de actividades respecto al plan de trabajo y capacitaciones, además se analizaron los accidentes e incidentes, dejando registro en las respectivas actas.	9	82%	Durante el tercer trimestre de 2025 se llevaron a cabo las reuniones mensuales programadas del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST).
le inicio el mes de agosto	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución, se evidencia plan operativo de la vigencia 2025 derivado del programa de humanización "Humanizarte".	N/A	NA	El plan operativo tiene fecha de inicio el mes de agosto	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución, se evidencia plan operativo de la vigencia 2025 derivado del programa de humanización "Humanizarte".	40%	44%	A corte del 30 de septiembre de 2025, la Unidad de Salud de Ibagué – USI E.S.E. registra un avance del 6% en la ejecución del Programa de Humanización.
	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	N/A	NA	Actividad no ejecutada	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0%	0%	Actividad no ejecutada
amiento derivado de Salud Municipal y Ministerio	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se formularon planes de mejoramiento de auditorías realizadas por la Secretaría de Salud Municipal y Ministerio de Salud y Protección Social, el primero con 0% de ejecución y el segundo con 58% de ejecución.	65%	72%	Para el presente periodo la Unidad de Salud de Ibagué cuenta con 3 planes de mejoramiento derivado de auditorías externas, los cuales cuentan con seguimiento permanente por el área de calidad	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se cuentan con 3 planes de mejoramiento de auditorías a la USI ESE, con promedio de ejecución de 65%	75%	83%	Durante el presente periodo, la Unidad de Salud de Ibagué E.S.E. cuenta con tres planes de mejoramiento derivados de auditorías externas, los cuales son objeto de seguimiento permanente por parte del área de Calidad, con el fin de garantizar la implementación efectiva de las acciones correctivas, preventivas y de mejora continua. Dichos planes se encuentran articulados con los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad y orientados al fortalecimiento de los procesos misionales, asistenciales y administrativos, asegurando la sostenibilidad de los estándares de calidad y el cumplimiento de los requerimientos normativos y de los entes de control.
realiza seguimiento al plan de SSM en el marco de la a, el cual cuenta con un 0%	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se está realizando seguimiento a los planes de mejoramiento de auditorías realizadas a la USI ESE por parte de la Secretaría de Salud Municipal y Ministerio de Salud y Protección Social. Promedio de cumplimiento 29% a 31 de marzo de 2025.	65%	72%	Desde el área de calidad se realiza seguimiento al plan de mejoramiento suscrito con la SSM en el marco de la emergencia por fiebre amarilla, el cual cuenta con un 75% de cumplimiento a la fecha. Así mismo se realiza seguimiento al plan de mejoramiento suscrito con la SSM en el marco de EDA-IRA, el cual cuenta con un 62,5% de ejecución a la fecha Desde el área de planeación se realiza seguimiento al plan de mejoramiento suscrito con la superintendencia nacional de salud el cual cuenta con 58% de ejecución	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se está realizando seguimiento a los planes de mejoramiento de auditorías realizadas a la USI ESE por parte de la Secretaría de Salud Municipal y Ministerio de Salud y Protección Social. Promedio de cumplimiento 65% a 30 de junio de 2025.	75%	83%	Desde el Área de Calidad se realiza seguimiento permanente al plan de mejoramiento suscrito con la Secretaría de Salud Municipal (SSM) en el marco de la emergencia por fiebre amarilla, el cual presenta un avance del 75% en la implementación de las acciones correctivas y preventivas establecidas. De igual forma, se efectúa seguimiento al plan de mejoramiento derivado de la vigilancia de los eventos EDA-IRA, que registra un 62,5% de ejecución a la fecha, reflejando un cumplimiento progresivo de las metas planteadas. Por su parte, el Área de Planeación adelanta el seguimiento al plan de mejoramiento suscrito con la Superintendencia Nacional de Salud, el cual alcanza un 85% de avance, evidenciando un desarrollo continuo de las acciones orientadas al fortalecimiento institucional y al cumplimiento de los compromisos derivados de los procesos de inspección, vigilancia y control.
o de los indicadores ando el cumplimiento de ndares establecidos y e bajo desempeño, lo que rranas y activar planes de dores de los cuales 2 no a para un porcentaje de	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se realizó análisis de indicadores de calidad primer trimestre 2025, 34 de 36 indicadores, cumplieron la meta, es decir, el 94%	97%	100%	Se realizó el análisis detallado de los indicadores obligatorios de reporte, evaluando el cumplimiento de metas en relación con los estándares establecidos y se identificaron indicadores con bajo desempeño, lo que permitió generar alertas tempranas y activar planes de mejora se evaluaron 36 indicadores de los cuales uno (1) no cumplieron la meta establecida para un porcentaje de cumplimiento del 97%	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se realizó análisis de indicadores de calidad con corte al primer y segundo trimestre 2025, en este último, 35 de 36 indicadores, cumplieron la meta, es decir, el 97%	97%	100%	El tercer trimestre se reportara y socializara en comité de calidad programado para el 31 de octubre de 2025

na estrategia integral de ue incluye capacitación del ada, el fortalecimiento de la ón periódica de encuestas ón de resultados con romovimiento además la arios en la evaluación s, acciones que han de las encuestas una	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se están aplicando encuestas cuyo resultado la satisfacción global al cierre del primer trimestre es del 97%.	97%	100%	La E.S.E. continúa con la implementación una estrategia integral de información y comunicación, que ha permitido continuar con una satisfacción global del 97%,suramte el segundo trimestre	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se están aplicando encuestas cuyo resultado la satisfacción global al cierre del segundo trimestre es del 97%.	97%	100%	La E.S.E. continúa fortaleciendo la estrategia integral de información y comunicación institucional, orientada a mejorar la experiencia del usuario y la calidad del servicio. Gracias a la implementación sostenida de esta estrategia, se mantiene una satisfacción global del 97 % durante el tercer trimestre, equivalente al tercer trimestre de 2025
segundo semestre de 2025	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	N/A	NA	Actividad programada para el segundo semestre de 2025	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0%	0%	Actividad no ejecutada
o de Talento Humano y objetivos institucionales de ar la gestión del personal, no humano, mejorar el clima calidad en la prestación de	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se elaboró y aprobó el plan Estratégico de Talento Humano vigencia 2025, y se están desarrollando los distintos planes que contemplan, sin embargo, no se ha medido el cumplimiento del PETH a través d e la Matriz de Gestión Estratégica de Talento Humano de la USI.	30%	35%	El área de talento humano realiza constantemente las actividades establecidas en el plan estratégico de talento humano, las cuales consisten en: elaboración de nómina, administración de historias laborales, actividades de convivencia laboral, acompañamiento al personal de la entidad, provisión de vacantes según la necesidad.	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se elaboró y aprobó el plan Estratégico de Talento Humano vigencia 2025, y se están desarrollando los distintos planes que contemplan, sin embargo, no se ha medido el cumplimiento del PETH a través d e la Matriz de Gestión Estratégica de Talento Humano de la USI.	60%	71%	El área de talento humano realiza constantemente las actividades establecidas en el plan estratégico de talento humano, las cuales consisten en: elaboración de nómina, administración de historias laborales, actividades de convivencia laboral, acompañamiento al personal de la entidad, provisión de vacantes según la necesidad.
cha ya que la Secretaría de pedido certificado de l del centro de salud del ad Intermedia del Salado se n y aprobación por parte del ón Social	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	N/A	NA	Actividad no ejecutada a la fecha ya que la Secretaría de Salud Departamental no ha expedido certificado de viabilidad para la construcción del centro de salud del Topacio, en relación a la Unidad Intermedia del Salado se encuentra en etapa de revisión y aprobación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	N/A	N/A	Actividad no ejecutada a la fecha ya que la Secretaría de Salud Departamental no ha expedido certificado de viabilidad para la construcción del centro de salud del Topacio, en relación a la Unidad Intermedia del Salado se encuentra en etapa de revisión y aprobación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social
preventivo, Mantenimiento dicias, Calibración de documental, supervisión de lecciones y mejoras is y suministros de as establecidos y én se realiza evaluación y	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se ha ejecutado el Plan de Mantenimiento. Si bien se están realizando actividades en mantenimiento tanto preventivo y correctivo de la infraestructura, parque automotor y demás componentes del plan de mantenimiento, no se tiene un consolidado de su porcentaje de ejecución, no es claro su cumplimiento.	19%	23%	Se realizan mantenimiento preventivo, Mantenimiento correctivo, Inspecciones periódicas, Calibración de equipos biomédicos, Gestión documental, supervisión de contratistas y proveedores, Adecuaciones y mejoras localivas, Gestión de repuestos y suministros de conformidad a los cronogramas establecidos y necesidades, así como también se realiza evaluación y priorización de riesgos	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se ha ejecutado el Plan de Mantenimiento. Se están realizando actividades de mantenimiento tanto preventivo y correctivo de la infraestructura, parque automotor y demás componentes del plan de mantenimiento; a junio de 2025, según el área de apoyo hospitalario, el cumplimiento sin lo que respecta a equipos de computo, es de 19,43%.	43%	51%	Se ejecutan actividades de mantenimiento preventivo y correctivo, inspecciones técnicas periódicas, calibración de equipos biomédicos y gestión documental conforme a los lineamientos institucionales y normativos vigentes. Asimismo, se realiza la supervisión integral de contratistas y proveedores, la gestión eficiente de repuestos y suministros, y la implementación de adecuaciones y mejoras localivas según los cronogramas establecidos y las necesidades operativas. De igual manera, se lleva a cabo la evaluación y priorización de riesgos asociados a la infraestructura y los equipos, alcanzando un nivel de cumplimiento del 43% respecto al plan de mantenimiento hospitalario.
le inicio el mes de agosto	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	N/A	NA	El plan operativo tiene fecha de inicio el mes de agosto	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	43%	51%	El Plan Operativo del área de Sistemas de Información está compuesto por 7 actividades estratégicas, orientadas a fortalecer la interoperabilidad institucional, la modernización de los sistemas, la automatización de procesos y la adopción de herramientas tecnológicas como Orfeo y la digitalización de imágenes diagnósticas. Con corte al presente informe, se han completado 3 de las 7 actividades, mientras que dos se encuentran en proceso (digitalización de Rayos X y adopción de Orfeo), y dos están programadas para su ejecución antes del cierre de la vigencia.
scutar a partir de marzo, co para la diligenciamiento	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	N/A	NA	Se diligenció y reportó FORMULARIO ÚNICO DE REPORTE Y AVANCE DE GESTIÓN – FURAG 2024 para la Medición del Desempeño Institucional - MDI de acuerdo a la implementación del MIPG en la USI ESE., De igual manera, se avanzó en la formulación del plan de acción el cual iniciara su ejecución en el tercer trimestre de 2025	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se consolidaron, socializaron y analizaron los resultados FURAG 2024 con relación a la implementación del MIPG; de igual manera se avanzó en la formulación de los planes de acción en las políticas priorizadas a intervenir en la vigencia 2025.	40%	47%	Se culminó la formulación del plan de acción d elas política de gestión y desempeño, priorizadas según resultado FURAG 2024 y se encuentran en ejecución. En Octubre se realizará seguimiento con corte a 30 de septiembre 2025.
ó suscribió contrato con la cuenta en proceso de las laborales, esto con la dad de talento humano	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0.5	50%	Se realizó estudio de cargas laborales el cual se socializo en el comité Técnico de Apoyo al Proceso de Reorganización y Modernización Administrativa	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto dentro de la ejecución de contrato con objeto de la modernización administrativa de la USI, se realizó estudio de cargas laborales. El avance del proceso es del 50% según informes presentados al comité Técnico de Apoyo al Proceso de Reorganización y Modernización Administrativa	0.92	92%	Durante el tercer trimestre de 2025 se presenta un avance significativo en el desarrollo del estudio de cargas laborales y el proceso de reorganización administrativa, alcanzando un 92% de cumplimiento frente al cronograma establecido. De manera complementaria, se llevaron a cabo reuniones del Comité de Apoyo con el propósito de verificar el progreso, analizar los resultados parciales y garantizar la alineación de las acciones con los objetivos institucionales definidos.
e mesas de trabajo y onder oportunamente las	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se han realizado mesas de trabajo sobre PQRS: Actas de enero 2025, 11/02/2025 (001), 27/02/2025, 11/03/2025, 28/03/2025. (3 reuniones de 12 programadas)	72%	80%	Actividad realizada a través de mesas de trabajo y reuniones de equipo para responder oportunamente las PQR	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se han realizado mesas de trabajo sobre PQRS: Actas 24/04/2025, 27/05/2025 (006), 09/07/2025, (6 reuniones de 12 programadas)			Durante los meses de agosto y septiembre de 2025, se desarrollaron mesas de trabajo y reuniones de equipo interdisciplinario orientadas a fortalecer la capacidad de respuesta frente a las Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) recibidas por la Unidad de Salud de Ibagué.

realiza actualización de la matriz de manera periódica, la cual concilia las conciliaciones.	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se diligencia la matriz de proceso judiciales de la entidad, como instrumento de control.	0.5	50%	El asesor jurídico de la ESE realiza actualización de la matriz de procesos judiciales de manera periódica, la cual es socializada en comité de conciliaciones.	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se diligencia la matriz de proceso judiciales de la entidad, como instrumento de control.	0.75	75%	El asesor jurídico de la ESE realiza actualización de la matriz de procesos judiciales de manera periódica, la cual es socializada en comité de conciliaciones.
de 2025 se desarrollaron con las Entidades de Beneficio (EAPB) —Asmet subsidiado y contributivo) y salud, con el propósito de institucional de servicios de inscripción de contratos de rvcios de salud. iones, se logró formalizar la Salud, fortaleciendo así la rianza durante la vigencia 2025.	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se han realizado mesas de trabajo con las EAPB presentes en el Municipio con la finalidad de socializar el portafolio de servicios y así lograr la contratación de nuevos usuarios. En enero 2025 se suscribió un nuevo contrato con EPS Pijao Salud	1	50%	Se han realizado mesas de trabajo con las EAPB (Asmet Salud, Nueva EPS subsidiado y contributivo, Salud Total, Mallamas ) esto con la finalidad de suscribir contratos ofertando portafolio de servicios	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se han realizado mesas de trabajo con las EAPB presentes en el Municipio con la finalidad de socializar el portafolio de servicios y así lograr la contratación de nuevos usuarios. En enero 2025 se suscribió un nuevo contrato con EPS Pijao Salud	3	100%	Durante la vigencia 2025 se han llevado a cabo mesas técnicas de articulación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) —Asmet Salud, Nueva EPS (regimen subsidiado y contributivo), Salud Total y Mallamas— con el propósito de socializar el portafolio institucional de servicios de la E.S.E., promover la integración funcional de la red y avanzar en la formalización de convenios de prestación de servicios de salud. Como resultado de estas gestiones, se logró suscribir contratos con las EPS Mallamas y Asmet Salud durante el tercer trimestre de 2025, fortaleciendo la capacidad resolutoria institucional y la continuidad en la atención de los usuarios afiliados
mente para que la facturación de acuerdo con los requisitos 5483959290 radicación /	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se realiza seguimiento permanente a la ejecución de contratos y convenios de prestación de servicios de salud, y se ha aumentado y mejorado la radicación de la facturación para aumentar los ingresos operacionales.	70%	78%	A través de la mesa de trabajo y comité para el reporte trimestral del informe del 2193, se realiza seguimiento a la facturación con sus respectivos análisis comparativos arrojando con corte de junio un 70% de facturación efectivamente radicada (\$13084589401 radicado / \$18623645672 facturado)	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se han realizado seguimiento permanente a la ejecución de contratos y convenios de prestación de servicios de salud, y se ha aumentado y mejorado la radicación de la facturación para aumentar los ingresos operacionales.	100%	100%	Con corte al 30 de septiembre de 2025, se evidencia un comportamiento positivo en el indicador de facturación radicada. Durante el mes de agosto se registró una facturación por valor de \$4.090.688.978, frente a una facturación emitida de \$4.397.072.832, alcanzando un 93% de radicación. Para el mes de septiembre, la facturación ascendió a \$8.061.698.596, con una radicación de \$5.542.878.213, equivalente al 145%, lo cual refleja un incremento significativo en la gestión de radicación. El porcentaje de radicación a entidad en términos fue del 145% en razón que se facturo la primera de cuenta del convenio MAITE 2025 por valor de \$ 3.834.400,00, es decir que el valor radicado por la venta de servicios de salud es \$ 4.227.298.596, equivalente al 76%
realizaron conciliaciones egadoras y/o EPS, rsuasivos que han permitido /recuperación de cartera.	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se realizan 2 reuniones mensuales de Comité de Conciliación, además se realiza mensualmente conciliaciones entre el área de cartera con presupuesto y facturación, así como también conciliaciones externas con la EAPB	6	55%	Durante el segundo trimestre se realizaron conciliaciones externas con las diferentes aseguradoras y/o EPS, derechos de petición acuerdos de pago, y cobros persuasivos y jurídicos, mesas de trabajo circular 030, acciones que han permitido un incremento en el recaudo y recuperación de cartera, gestiones que han sido socializadas en las reuniones de comités en los cuales se socializa la información financiera y presupuestal de la E.S.E	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se realizan 2 reuniones mensuales de Comité de Conciliación, además se realiza mensualmente conciliaciones entre el área de cartera con presupuesto y facturación, así como también conciliaciones externas con la EAPB	9	82%	Durante el tercer trimestre de 2025, se adelantaron procesos de conciliación externa con las diferentes aseguradoras y Entidades Promotoras de Salud (EPS), así como la atención de derechos de petición, formalización de acuerdos de pago y ejecución de cobros persuasivos y jurídicos. Adicionalmente, se realizaron mesas de trabajo en el marco de la Circular 030, orientadas a optimizar los mecanismos de recuperación de cartera. Estas acciones han contribuido de manera significativa al incremento en el recaudo y la eficiencia en la gestión de cartera institucional, cuyos avances y resultados han sido socializados en los comités directivos y financieros, espacios en los que se presenta y analiza de forma integral la información presupuestal y financiera de la E.S.E.
de Gestión Ambiental y una	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0	0%	La ESE cuenta con programa de Gestión Ambiental y una política de 0 papel.	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	1	25%	Se realizó capacitación cuyo objetivo fue promover el uso racional, eficiente y responsable de los recursos naturales, principalmente agua y energía eléctrica, en las actividades asistenciales y administrativas de la Unidad de Salud de Bágua, contribuyendo a la sostenibilidad ambiental, la reducción de costos operativos y el cumplimiento de las políticas institucionales de gestión ambiental
al para garantizar la correcta ente de cartera y gestión de asegurar la sostenibilidad itiva en la gestión de sus claros, controlados y vigente	Por iniciar	La acción se encuentra en desarrollo, si bien se realiza trabajo articulado entre cartera, facturación y auditoría de cuentas médicas, para mejorar la recuperación de la cartera y aumentar los ingresos, no se ha documentado una estrategia conjunta como lo establece la acción, se cuenta con los respectivos reglamentos, manuales y procedimientos de los procesos que intervienen.	0	0%	La E.S.E cuenta con un manual que garantiza la correcta facturación, recuperación eficiente de cartera y gestión oportuna de glosas, con el fin de asegurar la sostenibilidad financiera y la eficiencia operativa en la gestión de sus ingresos, mediante procesos claros, controlados y alineados con la normatividad vigente	Por iniciar	La acción se encuentra en desarrollo, si bien se realiza trabajo articulado entre cartera, facturación y auditoría de cuentas médicas, para mejorar la recuperación de la cartera y aumentar los ingresos; no se ha documentado una estrategia conjunta como lo establece la acción, se cuenta con los respectivos reglamentos, manuales y procedimientos de los procesos que intervienen.	0	0%	La E.S.E cuenta con un manual que garantiza la correcta facturación, recuperación eficiente de cartera y gestión oportuna de glosas, con el fin de asegurar la sostenibilidad financiera y la eficiencia operativa en la gestión de sus ingresos, mediante procesos claros, controlados y alineados con la normatividad vigente LA ESTRATEGIA SE DOCUMENTÓ Y SE ENCUESTRA EN PROCESO DE APROBACION.
cción de gastos en comité de compromisos con corte 31 e \$25.945.161.558 lo que va de la meta sidad de aplicar políticas de plimiento de la metas. no se cumplió la meta, este uso eficiente de los	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto en comité de calidad se realiza seguimiento trimestral a la ejecución de gasto donde se analiza la ejecución presupuestal.	25%	25%	Se realizó seguimiento a ejecución de gastos en comité de calidad correspondiente a los compromisos con corte 30 de junio de 2025 (\$ 50.700.854.701) en cual se evidencio unos gastos superiores comparado con los gastos del mismo corte de la vigencia 2024 (\$ 39.547.933.053) para un resultado de 1,28 lo que implica incumplimiento de la meta para este periodo Se ha identificado que el incremento en los gastos corresponden a los aumentos de los precios de insumos, medicamentos, servicios y mantenimiento hospitalario.	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto en comité de calidad se realiza seguimiento trimestral donde se analiza la ejecución presupuestal.	25%	25%	Al corte de septiembre de 2025, la Unidad de Salud de Bágua E.S.E. presenta un gasto comprometido de \$72.088.133.896, frente a \$55.049.074.176 registrados en el mismo periodo del año 2024. Este comportamiento refleja un incremento del 31% en los recursos comprometidos respecto a la vigencia anterior. Desde la perspectiva del indicador de eficiencia del gasto por UVR producida, este resultado sugiere una mayor presión del gasto institucional durante la vigencia 2025. Si bien el aumento podría estar asociado a mayores costos

ción anual. La adquisición médico quirúrgico se realiza contratación, medicamentos y material a marzo 2025 mediante uno mismos del indicador a adquisiciones de la ESE médico quirúrgico a marzo	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se realiza adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico para contar con su disponibilidad. * CTO-198-2025 del 17/02/2025 (176900000 DISMED PHARMA S.A.S.) * CTO-251-2025 del 26/03/2025 (180000000 COODESTOL)	68%	97%	Para la vigencia 2025 la ESE ha realizado comprar por concepto de medicamentos y material médico quirúrgico a través de compras por cooperativas (coodestol) y procesos de invitación por valor de \$ 1.171.002.100 lo cual corresponde al 68,1% de \$ 1.720.352.100 que es el valor de comprar de los mismo conceptos en la presente vigencia	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se realiza adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico para contar con su disponibilidad. * INVITACION PUBLICA DE MENOR CUANTIA No. 002 2025 del 18/03/2025 (557.754.000 DISMED PHARMA S.A.S.)	53%	76%	Para la vigencia 2025 la ESE ha realizado comprar por concepto de medicamentos y material médico quirúrgico a través de compras por cooperativas (coodestol) y procesos de invitación por valor de \$ 1.841.516.352 lo cual corresponde al 53% de \$ 3.477.166.049 que es el valor de comprar de los mismo conceptos en la presente vigencia, según certificación emitida por la profesional especializada del área financiera.
trimestre se realizaron s diferentes aseguradoras ,acuerdos de pago y cobros es que han permitido un cupación de cartera, izadas en las reuniones de aliza la información financiera	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se ha realizado gestión de cartera y se ha socializado el resultado en el comité de calidad	\$ 169,154,507.00	100%	Con corte a 30 de junio de 2025 el indicador 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, disminuyó en un valor de \$169.154.507 y en un porcentaje de 9,72% con respecto a la línea base, que se estableció de \$1.739.792.937 valor al mes de junio de 2025 fue de \$1.570.638.430.El indicador presenta un comportamiento favorable para la entidad, en el monto de las deudas superiores a 30 días por salarios y contratación de servicios frente a la vigencia anterior. Esto demuestra una mejor gestión de los pagos, mayor control financiero y una eficiente ejecución del presupuesto de funcionamiento, especialmente en lo relacionado con las obligaciones laborales y contractuales.	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se ha realizado gestión de cartera y se ha socializado el resultado en el comité de calidad	#####	0%	Con corte a 30 de septiembre de 2025, el monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior aumento en un valor de 912.953.437, equivalente al 43,61% frente a la vigencia anterior.El indicador evidencia un incremento considerable en la deuda mayor a 30 días, tanto por concepto de salarios del personal de planta como por contratación de servicios, alcanzando un crecimiento frente al mismo periodo de la vigencia anterior. Este comportamiento se considera desfavorable, ya que refleja mayor nivel de endeudamiento institucional y dificultades en la gestión del flujo de caja o ejecución presupuestal.
lizará informe primer stación de servicios de la urta Directiva	Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	1	25%	Se realizó socialización y análisis en Junta Directiva Ordinaria del día 07 de mayo, contando con la participación de todos los miembros de la misma, para ello se cuenta con análisis presentado por el epidemiólogo de la Entidad y presentación power point d la misma.	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto en reunión de Junta Directiva del 07 de mayo de 2025 se socializó informe primer trimestre de análisis de la prestación de servicios de la ESE con base en RPS.	2	50%	Se realizó socialización y análisis en Junta Directiva Ordinaria del día 21 de agosto, contando con la participación de todos los miembros de la misma, para ello se cuenta con análisis presentado por el epidemiólogo de la Entidad y presentación power point d la misma.
is del Comité de Calidad, grosos totales recaudados 2025 ascienden a \$ ompromisos del gasto en el \$ 33.174.404.579 para un mplimiento al indicador	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto en comité de calidad se realiza seguimiento trimestral donde se analiza la ejecución presupuestal.	0.89	0%	Se realizó seguimiento a través del Comité de Calidad, donde se evidenció que los ingresos totales recaudados con corte al 30 de junio de 2025 ascienden a \$ 44.962.563.292 sobre los compromisos del gasto en el mismo periodo por valor de \$ 50.700.854.701 para un valor de 0,89, generando incumplimiento al indicador	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto en comité de calidad se realiza seguimiento trimestral donde se analiza la ejecución presupuestal.	1.01	100%	Con corte al 30 de septiembre de 2025, la Unidad de Salud de Bague E.S.E. registra ingresos totales recaudados por \$72.740 millones frente a gastos comprometidos por \$72.088 millones, obteniendo un valor del indicador igual a 1. Este resultado evidencia un equilibrio entre los ingresos y los compromisos del gasto, reflejando una gestión financiera controlada y acorde con la capacidad institucional de recaudo. El cumplimiento del indicador demuestra sostenibilidad en la ejecución presupuestal y un adecuado manejo de los recursos durante la vigencia evaluada.
oportuna el reporte de Circular Única expedida por de Salud, toda vez que los o hicieron el reporte	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se rindieron los formularios: Diciembre 2024: FT018, FT025 4° Trimestre 2024: FT026, FT004 Año 2024: GT004, ST002, ST006 Enero: FT018, FT025 Febrero: FT018, FT025 (Extemporáneo) <b>Se reportaron 10 oportunos de un total de 11 formatos a reportar</b>	Inoportuna	0%	La ESE realiza de manera inoportuna el reporte de información relacionada en la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, toda vez que los profesionales de facturación y contabilidad no hicieron el reporte oportuno.	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se rindieron los formularios: Año 2024: GT003, FT002, FP001, FP002, FP003 1er Trimestre: FT004, FT026 Marzo: FT018, FT025 (Extemporáneo) Abril: FT018, FT025 (Extemporáneo) Mayo: FT018, FT025 <b>Se reportaron 11 oportunos de un total de 13 formatos a reportar</b>	Inoportuna	0%	La ESE realiza de manera inoportuna el reporte de información relacionada en la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, toda vez que los profesionales de facturación y contabilidad no hicieron el reporte oportuno.
no y socialización a la Junta la información trimestral de as pertinentes. Para ello se fecha 07 de mayo de 2025 y	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto en comité de calidad se realiza socialización, luego se presenta a la Junta Directiva quien valida y luego se carga al SIHO y se sustenta ante la Secretaría de Salud Departamental.	Oportuna	100%	La ESE realiza reporte oportuno y socialización a la Junta Directiva, en la cual se valida la información trimestral de acuerdo a los conceptos y áreas pertinentes. Para ello se cuenta con acta de reunión de fecha 21 de agosto de 2025 y pantalla del aplicativo SIHO	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto en comité de calidad se realiza socialización, luego se presenta a la Junta Directiva quien valida y luego se carga al SIHO y se sustenta ante la Secretaría de Salud Departamental.	Oportuna	100%	Con corte 23 de octubre de 2025, no se ha realizado socialización ante la Junta Directiva del reporte trimestral correspondiente a la información que establece el decreto 780 de 2016 antes decreto 2193. No obstante el día 22 de octubre de 2025 se realizó socialización y análisis dentro del comité de calidad .

60%

58%

	CÓDIGO: GPC-DE-FT-001
	FECHA: FEBRERO DE 2025
	VERSIÓN: 002

SEGUIMIENTO 3		Porcentaje de Avance de	Porcentaje de Avance de	SEGUIMIENTO 4	
30/9/2025				Fecha:	31/12/2025
ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES			AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto el Plan Operativo de Atención Primaria en Salud (APS) se ha ejecutado en un 53%.	100%	100%	Con corte 31 de diciembre de 2025, la Unidad de Salud de Ibagué registra un cumplimiento del 100% del Plan Operativo de Atención Primaria en Salud (APS), reflejando cumplimiento de las metas establecidas para la vigencia, en concordancia con las estrategias de promoción, prevención y fortalecimiento de la atención integral.	Ejecutado
Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución, la socialización del avance en la próxima reunión de comité de calidad prevista para el mes de octubre de 2025.			Se realizó socialización de las acciones pendientes por ejecutar en comité interno con la agente interventora, de la cual se generó compromiso de realizar el cargue de información pendiente a los aplicativos PISIS y SIAPS.	Ejecutado
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se han realizado en cada mes (febrero a septiembre), divulgaciones a través de publicaciones en página web y redes sociales, relacionadas con acciones de promoción y mantenimiento de la salud.	11	100%	Durante el cuarto trimestre de 2025 se han realizado Publicaciones informativas semanales, Difusión en tiempo real de jornadas extramurales, Boletines digitales, Campañas digitales temáticas, Espacios de interacción en redes sociales y Promoción de la agenda institucional. Actividades que se pueden visibilizar en: Página web: <a href="https://usiese.gov.co/component/k2/itemlist/category/1.html">https://usiese.gov.co/component/k2/itemlist/category/1.html</a> Redes USI <a href="https://www.facebook.com/profile.php?id=61555399456137&amp;mb_extid=wwXlr&amp;mb_extid=wwXlr">https://www.facebook.com/profile.php?id=61555399456137&amp;mb_extid=wwXlr&amp;mb_extid=wwXlr</a> Instagram: <a href="https://www.instagram.com/usie.ibague?igsh=ZZRubW5ibJM1ODFr&amp;utm_source=qr">https://www.instagram.com/usie.ibague?igsh=ZZRubW5ibJM1ODFr&amp;utm_source=qr</a>	Ejecutado
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se ha captado en un 88% (809 de 923) la población gestante antes de la semana 12 de gestación, para identificar de manera temprana riesgos inherentes al embarazo y lograr su intervención oportuna.	87%	100%	Durante el periodo comprendido entre 1 de enero y 31 de diciembre de 2025, el indicador de captación de gestantes antes de las 12 semanas de gestación alcanzó un cumplimiento del 87,2%, correspondiente a 1079 usuarias con ingreso oportuno al control prenatal, de un total de 1238 gestantes atendidas en el año. Este resultado evidencia la sostenibilidad de la cobertura en relación con el trimestre anterior	Ejecutado
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, cumpliendo mensualmente la meta de mantener en 0 la incidencia de sífilis congénita, según verificación en SIVIGLA 2025 de la Unidad De Salud de Ibagué (USI), que no reporta casos de sífilis congénita a cierre del tercer trimestre del año 2025.	0	100%	Tras la verificación de la información registrada en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGLA 2025, se confirma que en la Unidad de Salud de Ibagué (USI E.S.E.) no se reportaron casos de sífilis congénita durante el periodo 1 de enero a 31 de diciembre de 2025 evidenciando el cumplimiento de las acciones de prevención y control establecidas	Ejecutado
Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0%	NA	Actividad no ejecutada	No aplica
Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0%	NA	Actividad no ejecutada	No aplica

En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, con una implementación a 30 de septiembre de 2025 de 86,5% de los EBS, por cuanto se han contratado 77 de 89 programados, según los recursos asignados por lo Ministerio de Salud y Protección Social.	91%	95%	La E.S.E. ha avanzado en el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud mediante la formalización e implementación de 81 Equipos Básicos de Salud (EBS), lo que representa un avance del 91 % frente a los 89 equipos asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social con corte 31 de diciembre de 2025	Ejecutado	El avance del 91% en la implementación de los Equipos Básicos de Salud evidencia un cumplimiento significativo; sin embargo, se recomienda fortalecer la planeación de la contratación y la programación oportuna de la ejecución, a fin de garantizar la conformación total de los equipos asignados y evitar rezagos administrativos que puedan afectar la cobertura y continuidad del servicio.
Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0%	0%	Actividad no ejecutada	No ejecutada	Actividad no ejecutada
Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0%	NA	Actividad no ejecutada	No aplica	Se ha establecido que la actividad no es aplicable, dado que corresponde a un indicador del Plan de Gestión Gerencial, el cual no se encuentra vigente. En consecuencia, no se realiza seguimiento a dicho indicador, toda vez que la entidad se encuentra actualmente bajo intervención forzosa administrativa y financiera por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, situación que suspende la aplicación y ejecución del Plan de Gestión Gerencial.
Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0%	NA	Actividad no ejecutada	No aplica	Se ha establecido que la actividad no es aplicable, dado que corresponde a un indicador del Plan de Gestión Gerencial, el cual no se encuentra vigente. En consecuencia, no se realiza seguimiento a dicho indicador, toda vez que la entidad se encuentra actualmente bajo intervención forzosa administrativa y financiera por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, situación que suspende la aplicación y ejecución del Plan de Gestión Gerencial.
Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0%	NA	Actividad no ejecutada	No aplica	Se ha establecido que la actividad no es aplicable, dado que corresponde a un indicador del Plan de Gestión Gerencial, el cual no se encuentra vigente. En consecuencia, no se realiza seguimiento a dicho indicador, toda vez que la entidad se encuentra actualmente bajo intervención forzosa administrativa y financiera por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, situación que suspende la aplicación y ejecución del Plan de Gestión Gerencial.
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se han signado las citas para consulta de psiquiatría, cumpliendo la meta en la oportunidad de estas (fecha de asignación de la cita menos la fecha de solicitud de la misma), que al cierre del segundo trimestre de 2025 fue de 2,77 días.	2.78	100%	Durante el cuarto trimestre se han asignaron 409 citas iniciales en el servicio de psiquiatría, registrando un intervalo promedio de 1133 días entre la fecha de solicitud y la fecha efectiva de asignación. Este comportamiento se traduce en una oportunidad promedio de atención de 2,77 días, indicador que permite evaluar la eficiencia del proceso de asignación de citas y la capacidad de respuesta del servicio frente a la demanda asistencial.	Ejecutado	Con base en el resultado obtenido de 2,77 días de oportunidad promedio para la asignación de cita inicial en el servicio de psiquiatría, se concluye que el indicador presenta un nivel de cumplimiento ALTO, evidenciando adecuada capacidad de respuesta institucional frente a la demanda asistencial en salud mental.
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se realizó seguimiento al mapa institucional de riesgos con corte al segundo trimestre de 2025 (agosto 2025), donde se evidencia un 42% de cumplimiento de las acciones de control establecidas... De 13 riesgos, 11 se encuentran en ejecución y 2 por iniciar.	81%	95%	Con corte al tercer trimestre del 2025 el mapa de riesgos institucional presenta un 81% de cumplimiento evidenciando un total de 13 riesgos definidos de la siguiente manera: 10 de Ejecución_y_Administración_de_procesos 2 de Fraude_Interno 1 de Daños_Activos_Físicos	Ejecutado	La acción tiene una ejecución del 81% de conformidad al seguimiento realizado en enero de 2026
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto en el tercer trimestre 2025, se realizaron capacitaciones de seguridad del paciente, con adherencia del 100% (12 capacitados con calificación igual o superior a 4 de 12 capotitados y evaluados).	100%	100%	Durante el mes de octubre y noviembre y diciembre de 2025, se llevó a cabo el proceso de inducción en Seguridad del Paciente, orientado al fortalecimiento de la cultura institucional en torno a la atención segura. En este espacio se desarrollaron capacitaciones sobre las principales estrategias de la política, entre ellas: administración segura de medicamentos, comunicación efectiva, identificación correcta del paciente y la importancia del reporte de acciones inseguras y eventos adversos. Como resultado, se alcanzó un nivel de adherencia del 100% por parte de los participantes	Ejecutado	En el seguimiento anterior se verificó el cumplimiento de esta acción con un 100% sin embargo se recomienda garantizar la continuidad de estos procesos mediante evaluaciones periódicas de impacto, seguimiento a la aplicación práctica de los contenidos y medición de indicadores de seguridad, con el fin de asegurar que la capacitación se traduzca en mejoras sostenibles en la calidad y seguridad de la atención.
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto en cada mes se han realizado rondas de seguridad del paciente en la Unidad de Salud de Itagüé	11	100%	Durante el cuarto trimestre se realizaron rondas de seguridad mensuales que permiten evaluar la adherencia al programa de seguridad del paciente cuyos resultados son socializados en el comité de calidad	Ejecutado	Durante la vigencia 2025 se ejecutaron 11 rondas de Seguridad del Paciente en la Unidad de Salud de Itagüé, cumpliendo el 100% de las actividades programadas; dichas rondas fueron debidamente verificadas en el seguimiento anterior, evidenciando la ejecución oportuna y conforme a la programación.

En ejecución	La acción no ha iniciado su ejecución, por cuanto se realizó jornada de lavado de manos y capacitación para la prevención de Infecciones asociadas a la atención en salud. Según información reportada el porcentaje de infecciones adquiridas en el periodo fue de 0%	0%	100%	Durante el cuarto trimestre se realizó capacitación sobre los 5 momentos del lavado de manos con el fin de fortalecer la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, durante este periodo se presentaron cero (0) infecciones	Ejecutado	En el seguimiento anterior se evidenció el cumplimiento de la actividad programada; no obstante, se recomienda mantener la capacitación continua, el monitoreo sistemático de la adherencia y la ejecución de auditorías periódicas de cumplimiento, con el propósito de asegurar la sostenibilidad del resultado alcanzado y reducir el riesgo de eventos adversos futuros.
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se ha ejecutado el plan de trabajo anual de seguridad y salud en el trabajo en un 68% a 30 de septiembre de 2025.	92%	100%	El Plan de Trabajo Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) correspondiente a la vigencia 2025 presenta, con corte al 30 de diciembre de 2025, un avance de ejecución del 92%, evidenciando el cumplimiento progresivo de las actividades programadas conforme a lo establecido en la planeación anual	Ejecutado	La actividad en el seguimiento anterior se dio por cumplida.
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se han realizado reuniones mensuales de COPASST donde se socializaron informes de actividades respecto al plan de trabajo y capacitaciones, además se analizaron los accidentes e incidentes, dejando registro en las respectivas actas.	11	100%	Durante el cuarto trimestre de 2025 se llevaron a cabo las reuniones mensuales programadas del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST).	Ejecutado	La actividad en el seguimiento anterior se dio por cumplida.
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se está ejecutando el Plan Operativo 2025 del Programa de Humanización de la USI ESE, se evidencia el desarrollo de actividades en el mes de septiembre, por tanto, se evidencia la ejecución de 5 actividades de 63 programadas en el periodo de agosto a diciembre	80%	88%	A corte del 31 de diciembre de 2025, la Unidad de Salud de Ibagué – USI E.S.E. registra un avance del 80% en la ejecución del Programa de Humanización.	En ejecución	La acción no presentó avances posteriores a la fecha del seguimiento anterior; en consecuencia, su nivel de cumplimiento se mantiene en el 80%, sin variación frente al último reporte.
Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0%	0%	Actividad no ejecutada	No ejecutada	Actividad no ejecutada
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se cuentan con 3 planes de mejoramiento de auditorías a la USI ESE, con promedio de ejecución de 75%	75%	100%	Durante el presente periodo, la Unidad de Salud de Ibagué E.S.E. cuenta con tres planes de mejoramiento derivados de auditorías externas, los cuales son objeto de seguimiento permanente por parte del área de Calidad, con el fin de garantizar la implementación efectiva de las acciones correctivas, preventivas y de mejora continua. Dichos planes se encuentran articulados con los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad y orientados al fortalecimiento de los procesos misionales, asistenciales y administrativos, asegurando la sostenibilidad de los estándares de calidad y el cumplimiento de los requerimientos normativos y de los entes de control.	Ejecutado	La actividad en el seguimiento anterior se dio por cumplida.
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se está realizando seguimiento a los planes de mejoramiento de auditorías realizadas a la USI ESE por parte de la Secretaría de Salud Municipal y Ministerio de Salud y Protección Social. Promedio de cumplimiento 75% a 30 de septiembre de 2025.	75%	100%	Desde el Área de Calidad se realiza seguimiento permanente al plan de mejoramiento suscrito con la Secretaría de Salud Municipal (SSM) en el marco de la emergencia por fiebre amarilla, el cual presenta un avance del 75% en la implementación de las acciones correctivas y preventivas establecidas. De igual forma, se efectúa seguimiento al plan de mejoramiento derivado de la vigilancia de los eventos EDA-IRA, que registra un 62,5% de ejecución a la fecha, reflejando un cumplimiento progresivo de las metas planteadas. Por su parte, el Área de Planeación adelanta el seguimiento al plan de mejoramiento suscrito con la Superintendencia Nacional de Salud, el cual alcanza un 85% de avance, evidenciando un desarrollo continuo de las acciones orientadas al fortalecimiento institucional y al cumplimiento de los compromisos derivados de los procesos de inspección, vigilancia y control.	Ejecutado	La actividad en el seguimiento anterior se dio por cumplida.
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se realizó análisis de indicadores de calidad con corte al primer y segundo trimestre 2025, en este último, 35 de 36 indicadores, cumplieron la meta, es decir, el 97% Respecto al tercer trimestre 2025 (a septiembre 2025) se reportará en octubre, por lo cual al cierre no se cuenta con el dato de cumplimiento de las metas.	97%	100%	El cuarto trimestre se reportó en enero de 2026 al Ministerio de salud y protección social y a la secretaria de salud del Tolima	Ejecutado	El informe correspondiente al cuarto trimestre de la vigencia 2025 fue debidamente consolidado y reportado en enero de 2026 ante el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Salud del Tolima, en cumplimiento de los términos establecidos por la normatividad vigente, en relación con el seguimiento y reporte de los indicadores 256. Dando un cumplimiento 100% de la meta programada

En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se están aplicando encuestas cuyo resultado la satisfacción global al cierre del tercer trimestre es del 97%.	97%	100%	La E.S.E. continúa fortaleciendo la estrategia integral de información y comunicación institucional, orientada a mejorar la experiencia del usuario y la calidad del servicio. Gracias a la implementación sostenida de esta estrategia, se mantiene una satisfacción global del 97 % durante lo corrido del cuarto trimestre	Ejecutado	Acción cumplida con corte 31 de diciembre de 2025
Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	100%	100%	La actividad fue cumplida en el mes de diciembre de 2025, aplicando en su totalidad la encuesta de cultura y clima organizacional al interior de la institución, conforme a la programación establecida para la vigencia.	Ejecutado	Se realizó encuesta de cultura organizacional en el mes de diciembre de 2025
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se elaboró y aprobó el plan Estratégico de Talento Humano vigencia 2025, no obstante, no se evidencia el cumplimiento según Matriz de Gestión Estratégica de Talento Humano de la USI.	90%	100%	El área de talento humano realiza constantemente las actividades establecidas en el plan estratégico de talento humano, las cuales consisten en: elaboración de nómina, administración de historias laborales, actividades de convivencia laboral, acompañamiento al personal de la entidad, provisión de vacantes según la necesidad.	Ejecutado	Se elaboró y aprobó el Plan Estratégico de Talento Humano para la vigencia 2025, el cual alcanzó un nivel de ejecución del 90%, cumpliendo la meta programada; dicho resultado fue debidamente verificado en el seguimiento anterior, evidenciando coherencia entre la planeación y la implementación de las acciones previstas.
Por iniciar	La acción no ha iniciado su ejecución	0%	NA	hasta el mes de noviembre, la secretaria de Salud departamental otorgó la viabilidad técnica y administrativa al proyecto, certificando el cumplimiento de los criterios normativos, técnicos y de pertinencia requeridos para su implementación.	No aplica	hasta el mes de noviembre, la secretaria de Salud departamental otorgó la viabilidad técnica y administrativa al proyecto, certificando el cumplimiento de los criterios normativos, técnicos y de pertinencia requeridos para su implementación.
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se ha ejecutado el Plan de Mantenimiento, a septiembre 2025 en un 43,14%	56%	66%	Con corte a 31 de diciembre de 2025, el Plan Anual de Mantenimiento Hospitalario registra un nivel de ejecución del 56%, evidenciando un cumplimiento parcial frente a lo programado para la vigencia, lo que requiere el fortalecimiento de la planeación operativa, la asignación de recursos y el seguimiento a la programación de actividades para garantizar su ejecución integral.	En ejecución	Se recomienda fortalecer la planeación técnica y presupuestal, priorizar las intervenciones críticas, ajustar el cronograma de ejecución y establecer mecanismos de seguimiento periódico, con el fin de garantizar la continuidad operativa de la infraestructura y minimizar riesgos en la prestación del servicio.
En ejecución	Esta acción se encuentra en desarrollo, por cuanto de ha ejecutado corte a septiembre de 2025, un 43% de las actividades programadas.	80%	94%	El Plan Operativo del área de Sistemas de Información está compuesto por 7 actividades estratégicas, orientadas a fortalecer la interoperabilidad institucional, la modernización de los sistemas, la automatización de procesos y la adopción de herramientas tecnológicas como Orfeo y la digitalización de imágenes diagnósticas. Con corte al presente informe, se han completado 3 de las 7 actividades, mientras que dos se encuentran en proceso (digitalización de Rayos X y adopción de Orfeo), y dos están programadas para su ejecución antes del cierre de la vigencia.	Ejecutado	Esta acción tuvo una ejecución corte a diciembre 31 de 2025, de un 80%.
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se consolidaron, socializaron y analizaron los resultados FURAG 2024 con relación a la implementación del MPG; de igual manera culminó la formulación de los planes de acción en las políticas priorizadas a intervenir en la vigencia 2025, los cuales presentan un promedio de ejecución de 40%.	73%	86%	La acción fue cumplida, en tanto se realizó la consolidación, socialización y análisis técnico de los resultados del FURAG 2024 frente al estado de implementación del MPG; asimismo, se culminó la formulación de los planes de acción correspondientes a las políticas priorizadas para la vigencia 2025, los cuales registran un promedio de ejecución del 73% con corte a 31 de diciembre, evidenciando avance en la gestión institucional y en el cierre de brechas identificadas.	Ejecutado	El nivel promedio de ejecución del 73% a 31 de diciembre de 2025 refleja la necesidad de fortalecer el seguimiento, la articulación interdependencias y la asignación oportuna de recursos, con el fin de asegurar el cierre efectivo de brechas y alcanzar un mayor nivel de madurez en la implementación del MPG.
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto dentro de la ejecución de contrato con objeto de la modernización administrativa de la SUSI, se realizó estudio de cargas laborales. El avance del proceso es del 92% según informes presentados al comité Técnico de Apoyo al Proceso de Reorganización y Modernización Administrativa	100%	100%	Con corte 15 de diciembre de 2025 se presenta un avance significativo en el desarrollo del estudio de cargas laborales y el proceso de reorganización administrativa, alcanzando un 92% de cumplimiento frente al cronograma establecido. De manera complementaria, se llevaron a cabo reuniones del Comité de Apoyo con el propósito de verificar el progreso, analizar los resultados parciales y garantizar la alineación de las acciones con los objetivos institucionales definidos.	Ejecutado	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto dentro de la ejecución de contrato con objeto de la modernización administrativa de la USI, se realizó estudio de cargas laborales. El avance del proceso es del 92% según informes presentados al comité Técnico de Apoyo al Proceso de Reorganización y Modernización Administrativa
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se han realizado mesas de trabajo sobre PQRS. Actas 25/07/2025, 14/08/2025 (015), 26/09/2025, (9 reuniones de 12 programadas)	98%	100%	Durante los meses de octubre y noviembre de 2025, se desarrollaron mesas de trabajo y reuniones de equipo interdisciplinario orientadas a fortalecer la capacidad de respuesta frente a las Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) recibidas por la Unidad de Salud de Ibagué.	Ejecutado	El cumplimiento de la acción se revisó y cumplió en el seguimiento anterior

En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se diligencia permanentemente la matriz de proceso judiciales de la entidad, como instrumento de control.	1	100%	El asesor jurídico de la ESE realiza actualización de la matriz de procesos judiciales de manera periódica, la cual es socializada en comité de conciliaciones.	Ejecutado	La acción se desarrollo completamente con corte 31 de diciembre de 2025
Cumplida	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se han realizado mesas de trabajo con las EAPB presentes en el Municipio con la finalidad de socializar el portafolio de servicios y así lograr la contratación de nuevos usuarios. En enero 2025 se suscribió un nuevo contrato con EPS Pijao Salud y en agosto con on las EPS Mallamas y Asmet Salud .	3	100%	Durante la vigencia 2025 se han llevado a cabo mesas técnicas de articulación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) —Asmet Salud, Nueva EPS (primas subsidiado y contributivo), Salud Total y Mallamas— con el propósito de socializar el portafolio institucional de servicios de la E.S.E., promover la integración funcional de la red y avanzar en la formalización de convenios de prestación de servicios de salud. Como resultado de estas gestiones, se logró suscribir contratos con las EPS Mallamas y Asmet Salud durante el tercer trimestre de 2025, fortaleciendo la capacidad resolutoria institucional y la continuidad en la atención de los usuarios afiliados	Ejecutado	La acción se cumplió y verifico en el seguimiento anterior por cuanto se han realizado mesas de trabajo con las EAPB presentes en el Municipio con la finalidad de socializar el portafolio de servicios y así lograr la contratación de nuevos usuarios. En enero 2025 se suscribió un nuevo contrato con EPS Pijao Salud y en agosto con on las EPS Mallamas y Asmet Salud .
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se han realizado seguimiento permanente a la ejecución de contratos y convenios de prestación de servicios de salud, y se ha aumentado y mejorado la radicación de la facturación para aumentar los ingresos operacionales.	98%	100%	De conformidad a los soportes presentados por el area de facturación en el corrido del ultimo trimestre de 2025 se ha radicado el 98% de la facturación generada por la US ESE	Ejecutado	Se dio cumplimiento a la meta programada
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se realizan 2 reuniones mensuales de Comité de Conciliación, además se realiza mensualmente conciliaciones entre el área de cartera con presupuesto y facturación, así como también conciliaciones externas con la EAPB	11	100%	Durante el cuarto trimestre de 2025, se adelantaron procesos de conciliación externa con las diferentes aseguradoras y Entidades Promotoras de Salud (EPS), así como la atención de derechos de petición, formalización de acuerdos de pago y ejecución de cobros persuasivos y jurídicos. Adicionalmente, se realizaron mesas de trabajo en el marco de la Circular 030, orientadas a optimizar los mecanismos de recuperación de cartera. Estas acciones han contribuido de manera significativa al incremento en el recaudo y la eficiencia en la gestión de cartera institucional, cuyos avances y resultados han sido socializados en los comités directivos y financieros, espacios en los que se presenta y analiza de forma integral la información presupuestal y financiera de la E.S.E.	Ejecutado	El cumplimiento de la acción se evidenció y verifico en el seguimiento anterior.
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se realizó capacitación sobre el uso racional de los recursos naturales, quedando pendiente 3 acciones.	2	50%	Se realizó capacitaciones cuyo objetivo fue promover el uso racional, eficiente y responsable de los recursos naturales, principalmente agua y energía eléctrica, en las actividades asistenciales y administrativas de la Unidad de Salud de Ibagué, contribuyendo a la sostenibilidad ambiental, la reducción de costos operativos y el cumplimiento de las políticas institucionales de gestión ambiental	En ejecución	La acción se cumplió en un 50%, por cuanto se realizó 2 de las 4 capacitaciones programadas sobre el uso racional de los recursos naturales, quedando pendiente 2 acciones que serán reprogramadas en el 2026.
Por iniciar	La acción se encuentra en desarrollo, si bien se realiza trabajo articulado entre cartera, facturación y auditoría de cuentas médicas, para mejorar la recuperación de la cartera y aumentar los ingresos, no se ha documentado una estrategia conjunta como lo establece la acción, se cuenta con los respectivos reglamentos, manuales y procedimientos de los procesos que intervienen.	1	100%	La E.S.E cuenta con un manual que garantiza la correcta facturación, recuperación eficiente de cartera y gestión oportuna de glosas, con el fin de asegurar la sostenibilidad financiera y la eficiencia operativa en la gestión de sus ingresos, mediante procesos claros, controlados y alineados con la normatividad vigente	Ejecutado	Acción evidenciada y cumplida en el seguimiento anterior
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto en comité de calidad se realiza seguimiento trimestral donde se analiza la ejecución presupuestal. Se recomienda calcular el indicador.		NA	No aplica	No aplica	Se ha establecido que la actividad no es aplicable, dado que corresponde a un indicador del Plan de Gestión Gerencial, el cual no se encuentra vigente. En consecuencia, no se realiza seguimiento a dicho indicador, toda vez que la entidad se encuentra actualmente bajo intervención forzosa administrativa y financiera por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, situación que suspende la aplicación y ejecución del Plan de Gestión Gerencial.

En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se realiza adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico para contar con su disponibilidad. * CTO-831-2025 del 1/07/2025 (278000000 DISMED PHARMA S.A.S.) * CTO-1035-2025 del 15/08/2025 (178000000 DISMED PHARMA S.A.S.) * INVITACION PUBLICA DE MENOR CUANTIA No. 003-2025 del 2/09/2025 (CTO-1229-2025 del 17/09/2025) (623000000 DISMED PHARMA S.A.S.) * CTO-1274-2025 del 7/10/2025 (280000000 DISMED PHARMA S.A.S.) (278000000 DISMED PHARMA S.A.S.)		NA	No aplica	No aplica	Se ha establecido que la actividad no es aplicable, dado que corresponde a un indicador del Plan de Gestión Gerencial, el cual no se encuentra vigente. En consecuencia, no se realiza seguimiento a dicho indicador, toda vez que la entidad se encuentra actualmente bajo intervención forzosa administrativa y financiera por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, situación que suspende la aplicación y ejecución del Plan de Gestión Gerencial.
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se ha realizado gestión de cartera y se ha socializado el resultado en el comité de calidad		NA	No aplica	No aplica	Se ha establecido que la actividad no es aplicable, dado que corresponde a un indicador del Plan de Gestión Gerencial, el cual no se encuentra vigente. En consecuencia, no se realiza seguimiento a dicho indicador, toda vez que la entidad se encuentra actualmente bajo intervención forzosa administrativa y financiera por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, situación que suspende la aplicación y ejecución del Plan de Gestión Gerencial.
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto en reunión de Junta Directiva del 07 de mayo de 2025 y 21 de agosto de 2025, se socializó informe primer y segundo trimestre, respectivamente, de análisis de la prestación de servicios de la ESE con base en RIPS.	3	75%	Se realizó socialización y análisis en Junta Directiva Ordinaria del día 21 de agosto, contando con la participación de todos los miembros de la misma, para ello se cuenta con análisis presentado por el epidemiólogo de la Entidad y presentación power point de la misma.	Ejecutado	La acción alcanzó un cumplimiento del 75%, en razón a que no fue posible realizar la socialización de los RIPS correspondientes al cuarto trimestre de 2025, debido a la supresión de la Junta Directiva, lo que limitó el desarrollo completo de la actividad programada para la vigencia.
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto en comité de calidad se realiza seguimiento trimestral donde se analiza la ejecución presupuestal.		NA	No aplica	No aplica	Se ha establecido que la actividad no es aplicable, dado que corresponde a un indicador del Plan de Gestión Gerencial, el cual no se encuentra vigente. En consecuencia, no se realiza seguimiento a dicho indicador, toda vez que la entidad se encuentra actualmente bajo intervención forzosa administrativa y financiera por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, situación que suspende la aplicación y ejecución del Plan de Gestión Gerencial.
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se rindieron los formularios: 2º Trimestre: FT026 (FT004 No se reportó) Junio: FT018, FT025 Julio: FT018, FT025 Agosto: FT018, FT025 <b>Se reportaron 7 oportunos de un total de 8 formatos a reportar</b>	Inoportuno	Inoportuno	La ESE realiza de manera inoportuna el reporte de información relacionada en la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, toda vez que los profesionales de facturación y contabilidad no hicieron el reporte oportuno.	En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto se rindieron los formularios: 2º Trimestre: FT026 (FT004 No se reportó) Junio: FT018, FT025 Julio: FT018, FT025 Agosto: FT018, FT025 <b>Se reportaron 7 oportunos de un total de 8 formatos a reportar</b>
En ejecución	La acción se encuentra en desarrollo, por cuanto en comité de calidad se realiza socialización, luego se presenta a la Junta Directiva quien valida y luego se carga al SHO y se susenta ante la Secretaría de Salud Departamental.	Oportuna	100%	Con corte a 31 de diciembre de 2025, se realizaron oportunamente los reportes trimestrales conforme a la información requerida en el Decreto 780 de 2016 (complementario del Decreto 2193), quedando pendiente únicamente el reporte correspondiente al cuarto trimestre, cuyo plazo de presentación está establecido para febrero de 2026; en consecuencia, se considera un cumplimiento del 100% de las obligaciones de reporte dentro de los términos legales de la vigencia.	Ejecutado	Los soportes de los informes presentados en la vigencia 2025 se verificaron en el seguimiento anterior