
	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 1 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

INFORME DE GESTIÓN
RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2025

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
“EL HROB TE CUIDA”

PRESENTADO POR
CLARA INÉS SÁNCHEZ PERAFÁN

30 de marzo de 2026

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 2 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

EQUIPO DE TRABAJO DE LA E.S.E.

FEDERICO GERMAN PAREDES JIMENEZ
Subgerente Científico

SANDRA CAROLINA ENCIZO GERENA
Subgerente financiero

ALEXANDER TRUJILLO BEJARANO
Subgerente Administrativo

VICTORIA EUGENIA BETANCOURT ROJAS
Jefe de Oficina Asesoría de Planeación

JORGE GERMAN PUENTE CORAL
Jefe Oficina Asesora Jurídica

ISABEL CRISTINA TORRES SALAZAR
Jefe de Oficina de Calidad

MARIA FERNANDA SALAZAR CEDEÑO
Jefe Talento Humano

BRENDA OSPINA VICTORIA
Jefe de Oficina de Control Interno

ARLES OSORIO SEPÚLVEDA
Jefe Oficina de Control Disciplinario Juzgamiento

HECTOR FABIO PLAZA
Jefe Oficina de Control Disciplinario Instrucción




	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 3 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Tabla de Contenido


1. INTRODUCCIÓN	7
2. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	7
3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	8
3.1 Misión.....	8
3.2 Visión	8
3.3 Principios institucionales.....	8
3.4 Valores institucionales	9
3.5 Política de calidad.....	10
3.6 Política de calidad.....	10
3.7 Estructura Organizacional	11
3.8 Mapa de procesos	12
3.9 Objetivos estratégicos	13
4. PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL	13
4.1 Modelo de Atención.....	13
4.2 Plan de Desarrollo Institucional – "El Hospital Te Cuida"	13
5. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL 2025.....	14
5.1 Resultados Estratégicos por Línea	15
Hospital Más Humano – Calidad y Humanización	15
Hospital Más Humano – Talento Humano.....	15
Hospital Más Bacano – Tecnología e Infraestructura.....	16
Hospital Más Humano – Gestión Institucional	16
Hospital Más Sano – Capacidad Asistencial.....	17
5.2 Análisis de Cumplimiento Global.....	17
6. MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN – MIPG	17
6.1 Plan de Acción MIPG 2025	17
6.2 Resultados FURAG – Índice de Desempeño Institucional.....	18

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 4 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	


6.3 Análisis por Dimensiones y Retos 2026.....	19
7. SUBGERENCIA CIENTÍFICA.....	19
7.1 Consulta Externa – Oportunidad y Calidad	20
Fortalecimiento del Talento Humano en Salud.....	21
7.2 Urgencias	21
7.3 Hospitalización	22
7.4 Ginecobstetricia y Pediatría	23
Ruta Materno Perinatal.....	23
Servicio de Pediatría – Hospitalización.....	26
7.5 Cirugía	26
7.6 Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).....	28
7.7 Odontología	29
7.8 Psicología.....	30
7.9 Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica	31
7.10 RIAS – Ciclos de Vida.....	33
Primera Infancia e Infancia	33
Adolescencia, Juventud y Lactancia Materna.....	33
Logros del Programa de Ciclo de Vida	34
7.11 Programa Adultez-Vejez, Planificación Familiar y Cáncer.....	34
7.12 Atención al Usuario – SIAU.....	35
8. ÁREA DE CALIDAD	37
8.1 Recertificación ISO 9001:2015.....	37
8.2 Auditorías Externas	38
8.3 Auditorías Internas.....	39
8.4 Indicadores de Gestión y Tableros de Mando	40
9. GESTIÓN FINANCIERA.....	41
9.1 Producción de Ingresos – Facturación.....	41
9.2 Gestión de Cartera	42
9.3 Gestión Contractual con Responsables de Pago.....	43

	FORMATO		FR17-GCA	
			Versión 01	Página 5 de 83
	INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

9.4 Sistema de Costos Hospitalarios	¡Error! Marcador no definido.
9.5 Evaluación de Sostenibilidad Financiera	43
10. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	44
10.1 Activos Fijos	44
10.2 Gestión Ambiental – PIGA 2025	45
10.3 Ingeniería Biomédica	45
10.4 Proceso de Compras	46
10.5 Almacén	47
10.6 Mantenimiento de Infraestructura	48
10.7 Gestión Documental.....	49
10.8 Tecnologías y Técnicas de Información – TIC.....	49
11. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	50
11.1 Plan de Capacitación Institucional.....	51
11.2 Plan de Bienestar Social e Incentivos.....	51
11.3 Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST	¡Error! Marcador no definido.
11.4 Logros Estratégicos del Proceso	53
12. OFICINA ASESORA JURÍDICA Y GESTIÓN CONTRACTUAL	53
12.1 Procesos Judiciales Vigentes.....	53
12.2 Sentencias Favorables Vigencia 2025.....	¡Error! Marcador no definido.
12.3 Acciones de Tutela.....	55
12.4 Gestión Contractual.....	56
13. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL – PTEE	56
13.1 Seguimiento y Auditoría del PTEE.....	57
13.2 Decisión Institucional y Marco Normativo.....	58
13.3 Propuesta de Reestructuración para 2026.....	58
14. PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES – PAA 2025	58
14.1 Seguimientos Trimestrales.....	58
14.2 Resultados Consolidados 2025.....	59
14.3 Mejoras Implementadas	59

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 6 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

15. Observatorio de Atención Primaria en Salud DATO SALUD.....	60
Fase de alistamiento Segundo trimestre 2025	63
Fase de alistamiento Tercer trimestre 2025.....	68
Fase de alistamiento Cuarto trimestre 2025	74
Disposiciones finales del informe:.....	78
Nivel de Cumplimiento Global	79
16. CONCLUSIONES Y RETOS PARA LA VIGENCIA 2026	80
16.1 Logros Estratégicos Vigencia 2025	¡Error! Marcador no definido.
16.2 Retos y Acciones Prioritarias para 2026.....	81

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 7 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

1. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de los principios de transparencia y responsabilidad pública, se presenta el informe de gestión correspondiente a la vigencia comprendida entre enero y diciembre de 2025, como un ejercicio orientado a socializar ante la comunidad los avances, resultados y acciones desarrolladas por la institución en el marco de sus planes, programas y compromisos institucionales.

Este ejercicio se enmarca en la rendición de cuentas, entendida como un proceso permanente mediante el cual las entidades públicas y sus servidores informan, explican y justifican su gestión ante la ciudadanía y los diferentes grupos de interés. A través de este mecanismo se busca fortalecer la participación ciudadana, promover el diálogo y garantizar respuestas claras y oportunas frente a las necesidades y expectativas de la población, en especial en lo relacionado con la garantía del derecho fundamental a la salud.

El sistema de salud colombiano atraviesa actualmente múltiples desafíos que impactan tanto la sostenibilidad financiera como la capacidad de brindar servicios accesibles, oportunos y de calidad. Las barreras en el acceso, las desigualdades en la atención y la creciente demanda de servicios evidencian la necesidad de continuar avanzando en la implementación de modelos de atención centrados en las personas, así como en el fortalecimiento de estrategias que permitan responder a las complejidades estructurales del sector desde una perspectiva integral.


Frente a este panorama, el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. ha orientado sus esfuerzos hacia el mejoramiento continuo de la prestación de los servicios de salud, consolidando acciones bajo el liderazgo institucional y el trabajo articulado de su equipo humano. Estas acciones han estado enfocadas en garantizar una atención segura, oportuna, de calidad y con sentido humano, en coherencia con los lineamientos misionales y el compromiso permanente con el bienestar de los usuarios.

2. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

Mediante el Acuerdo 014 de julio de 2024, la Junta Directiva aprobó el Plan de Desarrollo Institucional 2024-2027, denominado “El HROB Te Cuida”, el cual fue construido a partir de un proceso participativo que involucró a los servidores públicos de la entidad, la asociación de usuarios y demás grupos de interés.

Este plan fue estructurado en coherencia con los principales referentes de planeación a nivel nacional, departamental y municipal, articulándose con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, el Plan Decenal de Salud Pública, el Plan de Desarrollo Departamental 2024-2027, el Plan de Desarrollo Municipal y el Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2023.

Para su formulación, se llevó a cabo un análisis integral de la entidad, que incluyó la revisión de los servicios habilitados, la capacidad instalada, la caracterización de la población atendida, el perfil

	FORMATO		FR17-GCA	
			Versión 01	Página 8 de 83
	INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

epidemiológico, así como los indicadores de morbilidad y mortalidad. De igual manera, se consideraron los eventos de interés en salud pública, la frecuencia de uso de los servicios, la producción institucional y los niveles de satisfacción de los usuarios, junto con el análisis del contexto de las partes interesadas, como insumo clave para la definición de estrategias.

Adicionalmente, se evaluó la información financiera y administrativa de la entidad, así como los principales logros alcanzados y los desafíos identificados para la actual administración.

A partir de este diagnóstico, se consolidó una visión clara del contexto institucional, lo que permitió definir el direccionamiento estratégico orientado a la formulación de acciones que contribuyan al bienestar de los usuarios y servidores públicos. Este direccionamiento se materializa en cuatro líneas estratégicas que reflejan el compromiso de la administración, el equipo directivo, los colaboradores y las partes interesadas, orientadas al cumplimiento de metas institucionales con criterios de eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud.

3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

3.1 Misión

El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E, ubicado en el municipio de Palmira, Valle del Cauca, es una Empresa Social del Estado que ofrece atención en salud de baja complejidad y servicios complementarios; fundamentados en la calidad, seguridad, humanización, docencia servicio, responsabilidad social, inclusión, sostenibilidad financiera y ambiental, comprometidos con el mejoramiento continuo para satisfacer las necesidades en salud y mejorar la calidad de vida de la comunidad y sus familias.


3.2 Visión

El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E para el año 2027, será reconocido en la comunidad Palmirana como una institución de salud confiable, por la calidad, integralidad de los servicios de salud y el control y transparencia de sus procesos, además de posicionarse como un referente en la prestación de servicios de mediana y alta complejidad.

3.3 Principios institucionales

Accesibilidad: Los servicios y tecnologías de salud que ofrece el hospital deben ser accesibles a todos en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y el acceso a la información.

Aceptabilidad: El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., y todos sus servidores públicos deben ser respetuosos de la ética médica y del derecho a la confidencialidad del paciente, y establece

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 9 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

condiciones para responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida, en el marco de sus competencias.

Responsabilidad Social: Estamos comprometidos con la comunidad, el medio ambiente, nuestra competencia, colaboradores y sus familias.

Equidad: En su condición de empresa pública, el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. debe privilegiar su rentabilidad social adoptando políticas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección que constituyen su objetivo primigenio, con sujeción a sus competencias y a las políticas públicas de los organismos rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Calidad e Idoneidad Profesional: El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., tiene como centro de su gestión empresarial el usuario y a su grupo familiar, y sujeta la prestación de servicios a los estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas y adoptadas por la normatividad del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Por lo tanto, garantiza que el personal de la salud es adecuadamente competente, enriquecido con capacitación y actualización permanente.

Continuidad: El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., garantiza una oferta permanente, continua y oportuna de servicios acorde a sus competencias. En desarrollo de este principio se establecen los procedimientos y etapas estrictamente necesarios para asegurar el cumplimiento de las funciones y servicios a cargo de la empresa, identificando que el desarrollo de los procesos no se vea afectado por dilaciones que retarden la gestión y obstaculicen la obtención del resultado.

Participación: El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., garantiza y estimula la participación de los usuarios en la gestión y fiscalización de la empresa, con sujeción a las normas y procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.


Eficiencia Administrativa y Financiera: Objetivo fundamental en el manejo de lo público, optimizar los costos del Talento Humano, físico y financiero hasta los más altos niveles posibles; sin perder el concepto de rentabilidad social, este compromiso impulsa la eficiencia como un principio fundamental, apoyados en el desarrollo de los Sistemas de Información.

3.4 Valores institucionales

Honestidad: Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, siempre favoreciendo el interés general.

Respeto: Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

Compromiso: Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre.

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 10 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Diligencia: Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

Justicia: Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

Vocación: Se trata de la disposición que inspira hacer un mejor trabajo en beneficio de la entidad, sus integrantes y sus usuarios.


Humanidad: Se entiende como la capacidad de sensibilizarse con las necesidades del usuario y su familia, así como de los compañeros de trabajo y demás partes

3.5 Política de calidad

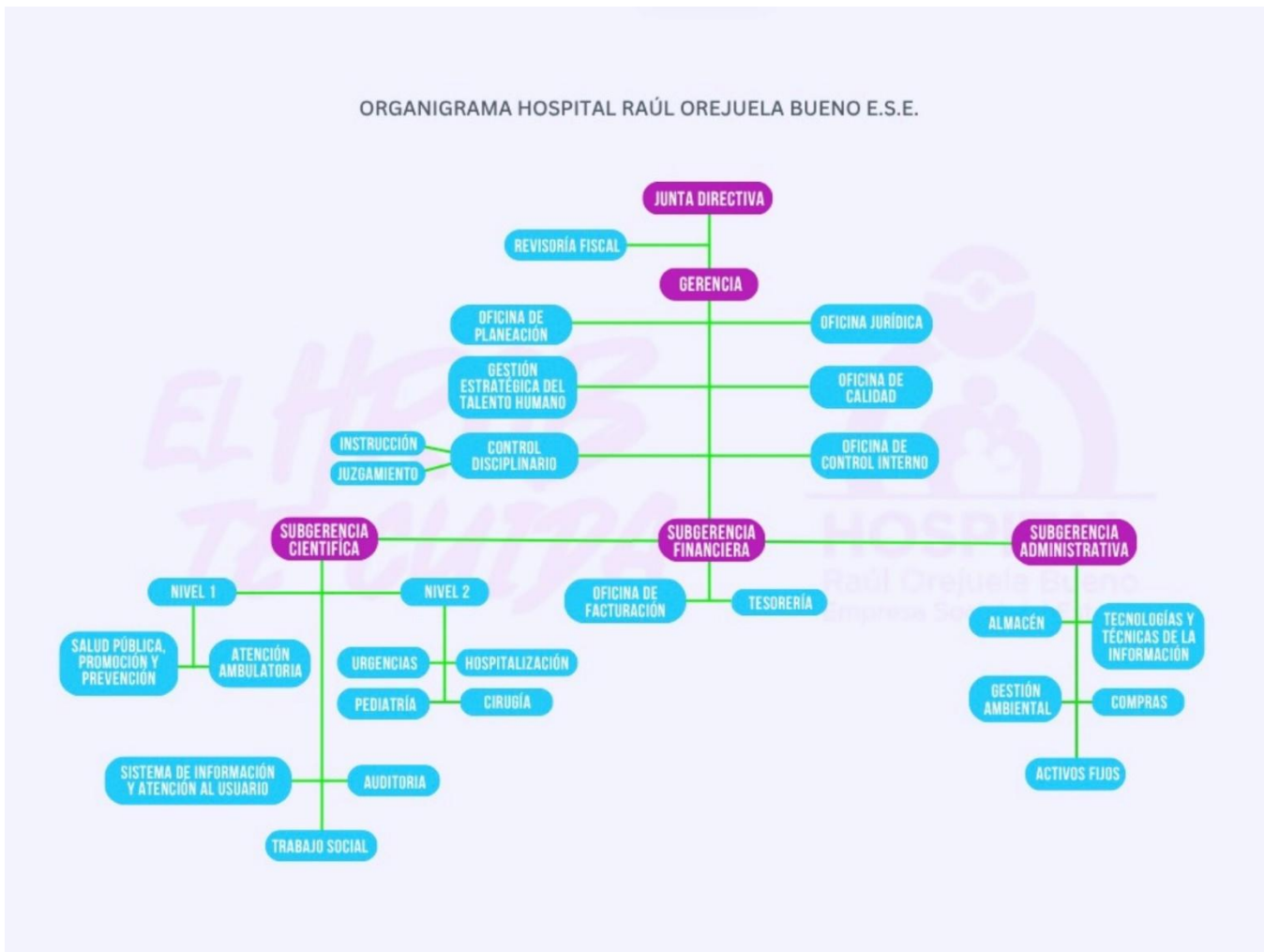
En el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E, estamos comprometidos con la mejor continua y la transparencia en la ejecución de nuestros procesos institucionales, enfocados en ofrecer servicios de salud a través de nuestras redes integradas en red, un sistema de gestión de calidad orientado a satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas, proporcionando una atención segura y de calidad que fortalezca los niveles de confianza con el usuario y su familia.

3.6 Política de calidad

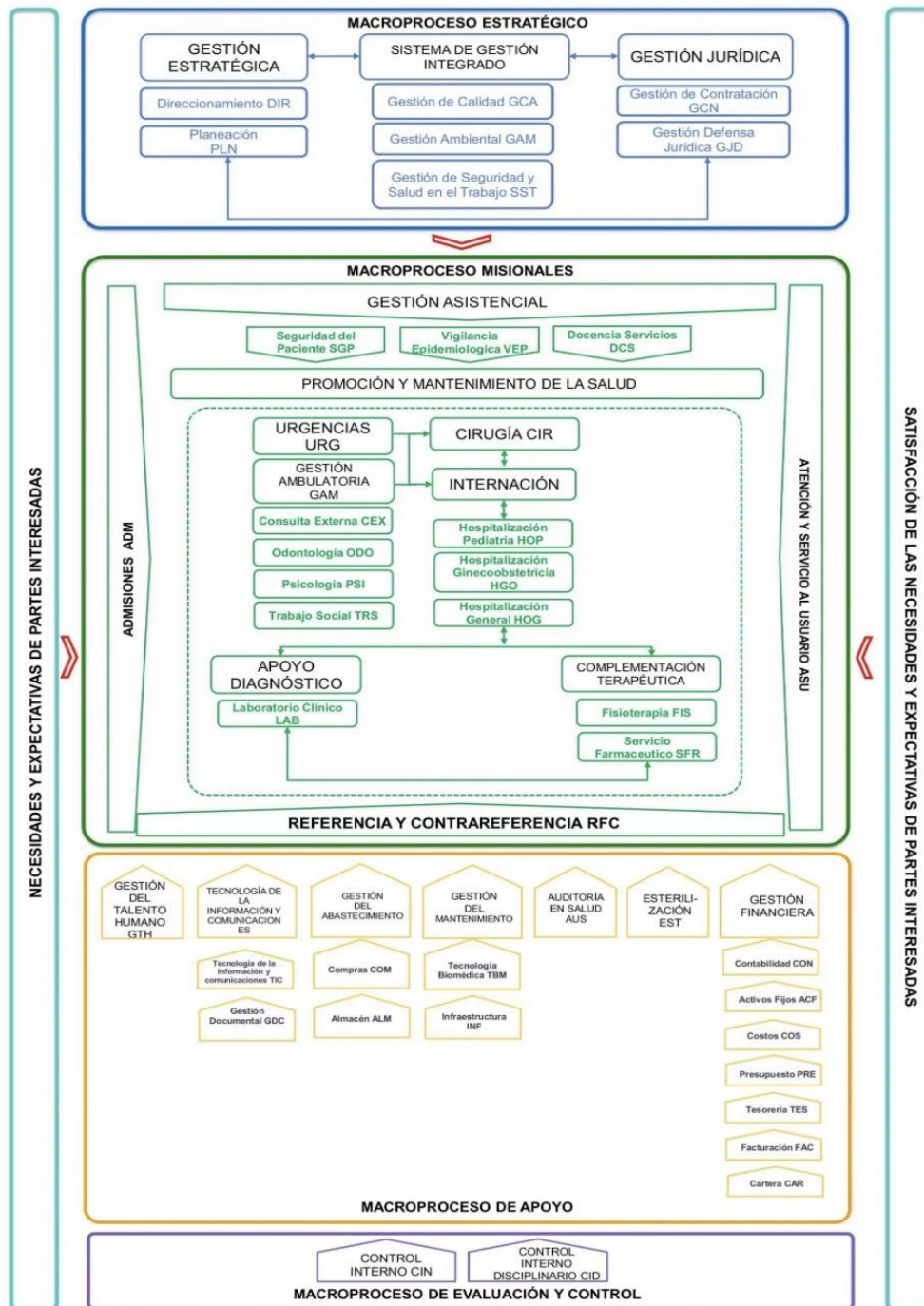
- Mantener el proceso de certificación en el sistema de gestión de calidad.
- Fortalecer la gestión de los procesos a través de cumplimiento de los planes de mejoramiento.
- Mantener los niveles de satisfacción del usuario.
- Lograr reconocimientos de la IPS a través de la ejecución de los procesos institucional.


	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 11 de 83
INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

3.7 Estructura Organizacional



3.8 Mapa de procesos



	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 13 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

3.9 Objetivos estratégicos

- Fortalecer la prestación de los servicios de salud con la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en la población asignada al Hospital Raul orejuela Bueno
- Mejorar el nivel de satisfacción del cliente interno y externo
- Mejorar el ambiente físico y tecnológico del hospital
- Mejorar la gestión de los recursos financieros, asegurando una adecuada planificación. Ejecución y seguimiento de los ingresos y gastos. Mantener la viabilidad financiera del Hospital

4. PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. (HROB) es la única institución pública de salud del municipio de Palmira, Valle del Cauca, y el eje de la red pública hospitalaria del sur del departamento. En su calidad de Empresa Social del Estado, el HROB tiene la misión de garantizar el derecho fundamental a la salud de la población palmirana, con especial énfasis en las comunidades vulnerables, la población pobre no asegurada, migrantes y los habitantes de las zonas rurales del municipio.

La institución opera los 365 días del año, las 24 horas del día, a través de su sede principal ubicada en la Carrera 29 # 39-51 y más de 20 centros y puestos de salud distribuidos en las 16 comunas urbanas y los corregimientos rurales del municipio. Esta red asistencial posiciona al HROB como la institución de mayor cobertura territorial en salud pública del municipio de Palmira.


4.1 Modelo de Atención




El modelo de atención del Hospital Raúl Orejuela Bueno se fundamenta en la Atención Primaria en Salud (APS), alineado con lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 y demás normas vigentes aplicables a las Empresas Sociales del Estado. Este modelo permite al hospital no solo atender la demanda asistencial en sus instalaciones, sino también proyectarse hacia la comunidad a través de estrategias extramurales.

El programa extramural "Palmiranos Sanos ¡Bacano!" es la expresión más visible de este modelo: un equipo de profesionales de la salud que recorre las comunas y corregimientos llevando atención médica, vacunación, psicología y educación en salud directamente a los hogares y comunidades, rompiendo barreras geográficas, económicas y culturales de acceso a los servicios.

4.2 Plan de Desarrollo Institucional – "El Hospital Te Cuida"

Las acciones de la vigencia 2025 se enmarcan en el Plan de Desarrollo Institucional "El Hospital Te Cuida", el cual estructura la gestión en cuatro líneas estratégicas:

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 14 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

 HOSPITAL MÁS SANO	Fortalecer la prestación de servicios de salud con Atención Primaria en Salud en la población asignada al Hospital.
 HOSPITAL MÁS HUMANO	Mejorar el nivel de satisfacción del cliente interno y externo. Trato digno, empático y respetuoso.
 HOSPITAL MÁS BACANO	Mejorar el ambiente físico y tecnológico del Hospital. Infraestructura moderna y funcional.
 HOSPITAL MÁS SOSTENIBLE	Mejorar la gestión de los recursos financieros, asegurando planificación, ejecución y seguimiento de ingresos y gastos.


El presente Informe de Rendición de Cuentas consolida los resultados de gestión de la vigencia 2025, reportando el avance de cada proceso institucional frente a las metas establecidas, los logros alcanzados, las dificultades enfrentadas y los retos identificados para la vigencia 2026.

La rendición de cuentas no es únicamente un ejercicio de cumplimiento normativo: es el mecanismo a través del cual el Hospital reafirma su compromiso con la transparencia, la responsabilidad pública y la generación de valor para la ciudadanía palmirana.

5. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL 2025

Durante la vigencia 2025, el Hospital Raúl Orejuela Bueno ejecutó el Plan de Acción Institucional con seguimiento sistemático a 28 metas estratégicas orientadas al fortalecimiento de la calidad de la atención en salud, el mejoramiento de la gestión institucional y el desarrollo integral del talento humano. El seguimiento se realizó con periodicidad trimestral, permitiendo identificar avances, tomar decisiones oportunas y ajustar estrategias durante el año.

Los resultados obtenidos demuestran un alto nivel de cumplimiento en la mayoría de los indicadores, con varios de ellos superando ampliamente las metas programadas. A continuación, se presenta el consolidado de los principales resultados:

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 15 de 83
INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	


5.1 Resultados Estratégicos por Línea

Hospital Más Humano – Calidad y Humanización

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Certificación ISO 9001:2015	100% ✓	<i>Meta cumplida al 100%</i>
Sistema Único de Acreditación (autoevaluación promedio)	1,5	<i>Meta: 1,2 – Incremento del 25%</i>
Política de Participación Social en Salud	100%	<i>45/45 actividades ejecutadas</i>
Fortalecimiento Política de Humanización	86%	<i>Supera meta del 40%</i>
Plan de Comunicación Institucional	111%	<i>Supera meta del 90%</i>

Hospital Más Humano – Talento Humano

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Plan de Capacitación Institucional	100%	<i>31/31 capacitaciones – Meta: 95%</i>
Plan de Bienestar Social	100%	<i>18/18 actividades – Meta: 90%</i>
Plan Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)	99,75%	<i>394/395 actividades – Meta: 90%</i>


	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 16 de 83
INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Hospital Más Bacano – Tecnología e Infraestructura

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Plan de Mantenimiento Hospitalario – Ejecución acumulada	\$2.561.389.495	<i>4 componentes ejecutados</i>
Mantenimiento infraestructura	\$117.750.000	<i>4.º trimestre</i>
Equipos biomédicos	\$62.500.000	<i>4.º trimestre</i>
Gestión ambiental	\$16.008.220	<i>4.º trimestre</i>
Tecnologías de información (TIC)	\$71.460.579	<i>4.º trimestre</i>

Hospital Más Humano – Gestión Institucional

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
MIPG – Plan de Acción (actividades implementadas)	89%	<i>41/46 actividades – Meta: 70%</i>
Programa de Gestión Documental	100%	<i>Supera meta del 30%</i>
Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PTEE)	63%	<i>Supera meta del 60%</i>
Implementación Política de Articulación de Servicios de Salud	50%	<i>2/4 actividades programadas</i>

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 17 de 83
INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Hospital Más Sano – Capacidad Asistencial

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Consultas de pediatría 2025 vs 2024	7.622 vs 4.754	+60% – <i>Supera meta del 3%</i>
Consultas de psiquiatría 2025 vs 2024	686 vs 2.029	-66% – <i>No alcanza meta</i>

5.2 Análisis de Cumplimiento Global

El análisis del Plan de Acción evidencia que la institución logró superar la mayoría de las metas programadas para la vigencia 2025. Los resultados más destacados son la obtención de la certificación ISO 9001:2015, los avances significativos hacia la acreditación en salud con una autoevaluación de 1,83 sobre 1,2 de meta, y el cumplimiento total de los planes de talento humano.

Para la vigencia 2026 el HROB implementará estrategias de contratación, programación de agendas y modalidades alternativas de atención, para subsanar la capacidad de atención en psiquiatría ya que disminuyó un 66% respecto al año anterior, pasando de 2.029 atenciones en 2024 a 686 en 2025.


NOTA: El indicador de cumplimiento del Plan de Comunicación Institucional del 111% corresponde a la ejecución de actividades adicionales no programadas originalmente, orientadas a fortalecer la comunicación con clientes internos y externos. Este dato está confirmado en el Informe de Gestión del Plan de Acción 2025.

6. MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN – MIPG

En cumplimiento del Decreto 1499 de 2017 y los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), el Hospital Raúl Orejuela Bueno desarrolló durante la vigencia 2025 un proceso sistemático de implementación, seguimiento y mejora del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Este modelo se consolidó como eje transversal de la gestión institucional, permitiendo fortalecer la planeación estratégica, la articulación entre procesos, el control interno, la transparencia y la generación de valor público.

6.1 Plan de Acción MIPG 2025

Se formuló y ejecutó el Plan de Acción MIPG 2025, compuesto por 46 actividades distribuidas en las diferentes dimensiones y políticas del modelo. El seguimiento se ejecutó de forma trimestral, mediante verificación de evidencias, incluyendo reportes internos, actos administrativos, publicaciones en página

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 18 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	


web institucional y verificación documental, garantizando trazabilidad y soporte técnico del avance reportado.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Total actividades Plan MIPG	46	<i>Distribuidas en todas las dimensiones</i>
Actividades implementadas al cierre	41	<i>89% de ejecución</i>
Actividades en gestión	4	<i>En proceso de cierre</i>
Actividades reprogramadas vigencia 2026	1	<i>Ajuste de cronograma institucional</i>
Cumplimiento del indicador MIPG	89%	<i>Meta institucional: 70% ✓ SUPERADA</i>

6.2 Resultados FURAG – Índice de Desempeño Institucional

La medición del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión (FURAG) correspondiente a la vigencia 2024, diligenciada entre marzo y abril de 2025, evidenció una mejora significativa y sostenida en el desempeño institucional del Hospital Raúl Orejuela Bueno en el marco del MIPG.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Índice de Desempeño Institucional MIPG vigencia 2023	55,6%	<i>Línea base de comparación</i>
Índice de Desempeño Institucional MIPG vigencia 2024	66,6%	<i>Medido y reportado en 2025</i>

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 19 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Incremento en puntos porcentuales	+11 puntos	<i>Mejora significativa y sostenida</i>
Quintil de desempeño 2023	Quintil 2	<i>Posición de partida</i>
Quintil de desempeño 2024	Quintil 3	<i>Ascenso confirmado</i>
Componente MECI – Incremento	+8,8 puntos	<i>Ascenso de Quintil 1 a Quintil 2</i>
Posición entidades descentralizadas municipio	1er Lugar	<i>Referente en gestión pública local</i>

El Hospital Raúl Orejuela Bueno ocupó el primer lugar entre las entidades descentralizadas del municipio de Palmira en el Comité de Gestión y Desempeño municipal, consolidándose como referente de buena gestión pública. Este resultado refleja el impacto positivo del trabajo articulado y sistemático desarrollado durante la vigencia.

6.3 Análisis por Dimensiones y Retos 2026


El análisis presentado ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño permitió identificar mejora en todas las dimensiones del MIPG, con avances significativos en los componentes C1, C3 y C4 del MECI. Sin embargo, persiste una brecha en el componente C5 (Información y Comunicación), el cual fue priorizado para acciones de fortalecimiento en la vigencia 2026.

Para la siguiente vigencia, los retos del proceso se concentran en: finalizar actividades que quedaron en gestión, fortalecer la política de Integridad y Gestión Documental, acelerar la actualización de procedimientos institucionales, consolidar la gestión del conocimiento en la entidad y mantener seguimiento preventivo y no solo correctivo.

El Hospital evidencia una evolución institucional progresiva, con bases sólidas en planeación, control interno, transparencia y generación de valor público. La gestión adelantada durante 2025 no solo mejora los resultados medidos, sino que fortalece la cultura organizacional orientada al desempeño, la legalidad y la mejora continua.

7. SUBGERENCIA CIENTÍFICA

La Subgerencia Científica lidera los procesos misionales del Hospital Raúl Orejuela Bueno, articulando los servicios asistenciales bajo el modelo de Atención Primaria en Salud (APS), certificado con la norma internacional ISO 9001:2015. Esta subgerencia es responsable de la prestación directa de los servicios

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 20 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	


de salud en todos los niveles de atención: consulta externa, urgencias, hospitalización, cirugía, programas de promoción y prevención, y apoyo diagnóstico.

7.1 Consulta Externa – Oportunidad y Calidad

Durante la vigencia 2025 se fortaleció la calidad de la atención ambulatoria mediante auditoría interna permanente, actualización de guías de práctica clínica institucionales priorizadas según los diez principales motivos de consulta por morbilidad del año 2024, y supervisión del cumplimiento de horarios, roles y protocolos institucionales. Se gestionaron de forma oportuna incidencias y conflictos presentados entre pacientes y personal médico, en articulación con el SIAU.

Como logro significativo, se actualizó el sistema de agendamiento médico desde el 1 de abril de 2025, implementando un sistema operativo con atención en línea y sistema de audio respuesta (IVR) para la asignación de citas en consulta médica general, especializada y odontología.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Oportunidad medicina general 1. ^a vez – Promedio anual	2,09 días	<i>Meta: ≤3 días ✓</i>
Oportunidad ortopedia 1. ^a vez – Promedio anual	9,69 días	<i>Meta: ≤30 días ✓</i>
Oportunidad medicina interna 1. ^a vez – Promedio anual	12,49 días	<i>Meta: ≤30 días ✓</i>
Oportunidad ginecobstetricia 1. ^a vez – Promedio anual	6,06 días	<i>Meta: ≤8 días ✓</i>
Oportunidad pediatría 1. ^a vez – Promedio anual	7,35 días	<i>Meta: ≤5 días – En mejora</i>
Oportunidad ginecología 1. ^a vez – Promedio anual	6,09 días	<i>Meta: ≤8 días ✓</i>
Capacidad instalada ECNT – Inicio año	68 consultas/día	<i>Solo zona urbana</i>

	FORMATO		FR17-GCA	
			Versión 01	Página 21 de 83
	INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Capacidad instalada ECNT – A partir de 2.º trimestre	102 consultas/día	<i>Incremento por optimización del sistema</i>
--	--------------------------	--

Para pediatría se inició el año con una capacidad instalada de 186 consultas/mes con tres pediatras. La capacidad se incrementó progresivamente hasta alcanzar 382 consultas/mes en junio-julio, mediante la contratación de un nuevo especialista y el aumento de cupos. Desde noviembre el indicador se ubicó dentro del estándar.

Para ginecobstetricia, durante noviembre se presentó una reducción significativa de la capacidad instalada, pasando de 528 consultas/mes en septiembre a 120 en noviembre y 20 en diciembre, por razones administrativas. Gracias a la articulación entre SIAU, call center y líder médico, se recuperó el indicador en diciembre mediante optimización de la distribución de citas.

Fortalecimiento del Talento Humano en Salud


Como un logro central de la Subgerencia Científica, se ejecutaron más de 35 ciclos de capacitación para el personal de salud durante la vigencia 2025, en alianza con el Plan Padrino de la Fundación Valle del Lili, la Secretaría de Salud Municipal, las EAPB y expertos institucionales. Algunos temas abordados:

- Emergencias obstétricas (tres talleres: febrero, mayo, agosto).
- Emergencias neonatales, pediatría y AIEPI.
- Enfermedades Crónicas No Transmisibles: HTA, DM, dislipidemia, obesidad.
- Oncología: cáncer de mama, próstata y cérvix, incluyendo ruta para sospecha diagnóstica.
- Salud menstrual, manejo de heridas y úlceras crónicas.
- Rehabilitación posterior a ACV, trauma ocular, ortopedia.
- Diagnóstico y manejo de dengue, malaria.
- Socialización de protocolos: IVE, certificación de discapacidad, dengue, VIH y cáncer.

7.2 Urgencias

El servicio de urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno funciona las 24 horas del día, los 365 días del año, como la unidad diseñada para atender a pacientes con problemas de salud que requieren atención médica inmediata. Durante 2025 el servicio contó con 25 médicos generales, 18 enfermeras, 35 auxiliares de enfermería y 9 camilleros.

El seguimiento a los indicadores se realizó mediante el Tablero de Mando 2025, con monitoreo diario en el sistema RFAST, lo que permitió que las desviaciones no afectaran la seguridad clínica y se mantuviera una coordinación estrecha entre el personal de enfermería y medicina.

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 22 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	


Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Oportunidad atención Triage II – Promedio anual	83,8% cumplimiento	<i>Tiempo respuesta: 25-26 min</i>
Oportunidad atención Triage III – Promedio anual	73,3% cumplimiento	<i>Promedio: 1,06 a 1,29 horas</i>
Proporción reingresos urgencias (72h)	1,4%	<i>Meta: <2,0% ✓</i>
Promedio estancia en urgencias	13,8 horas	<i>Meta: 12 horas – Reto identificado</i>
Total pacientes atendidos 1.º semestre	28.264	<i>Promedio mensual: 4.710</i>
Total pacientes atendidos 2.º semestre (ene-nov)	22.345	<i>Incluye pico de 5.410 en septiembre</i>

La tasa de reingresos del 1,4% evidencia alta efectividad en el tratamiento inicial. El mes de diciembre reportó un 0% de reingresos, resultado del éxito en la educación brindada al paciente y su familia al momento del egreso. El indicador de estancia promedio (13,8 horas) supera la meta de 12 horas, identificándose como desafío técnico que requiere fortalecer la articulación con el área de hospitalización para agilizar el giro de cama.

7.3 Hospitalización

El servicio de hospitalización del HROB atendió durante 2025 una demanda que superó permanentemente la capacidad instalada. La sobreocupación sostenida, superior al 115%, refleja tanto la alta demanda de servicios de la población palmirana como las dificultades derivadas de factores externos relacionados con las EAPB. El servicio contó con 12 enfermeras profesionales, 20 auxiliares de enfermería y un médico general.

Los principales factores que explican la sobreocupación son: demoras en autorizaciones de servicios y en procesos de remisión por parte de las EAPB intervenidas (Emssanar, Nueva EPS, Coosalud y Asmet Salud), y la alta complejidad y severidad clínica de los pacientes atendidos. Cabe resaltar que Emssanar y Nueva EPS son los principales generadores de demanda para la institución.

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 23 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Tasa de ocupación – Promedio anual	117%	<i>Meta: 80% – Alta presión asistencial</i>
Ocupación máxima (mayo)	165%	<i>Pico más alto del año</i>
Giro cama – Promedio anual	4-5	<i>Meta: 7 – Oportunidad de mejora</i>
Estancia promedio – Promedio anual	8-10 días	<i>Meta: 6 días</i>
Tasa de mortalidad (x 1.000 egresos) – Promedio	~60	<i>Meta: 18 – Alta complejidad clínica</i>


Se lograron avances significativos en la infraestructura del servicio: instalación de brazos hidráulicos en las puertas de ingreso a pisos 3 y 4, habilitación del sistema de aire acondicionado en piso 3, renovación de cielorrasos y actualización de iluminación LED, implementación de señalización antideslizante, instalación de dispensadores automáticos de ambientación, adquisición de dos carros de paro completamente equipados, y renovación de equipamiento biomédico básico para las estaciones de enfermería.

El promedio de mortalidad institucional por encima de la meta refleja la influencia de factores como alta complejidad y severidad clínica de los pacientes, sobreocupación de los servicios asistenciales y oportunidad limitada en remisiones y autorizaciones. Se requiere profundizar en el análisis de causas y fortalecer la auditoría concurrente con las EAPB.

7.4 Ginecología y Pediatría

Ruta Materno Perinatal

En la vigencia 2025, el Hospital Raúl Orejuela Bueno recibió 692 gestantes inscritas al programa de control prenatal. La distribución por asegurador evidencia la alta concentración de la demanda en Emssanar, que representa el 65,9% de las inscripciones, seguida de Nueva EPS con el 18,1%.


	FORMATO		FR17-GCA	
			Versión 01	Página 24 de 83
	INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Total gestantes inscritas programa prenatal 2025	692	
EMSSANAR	456 gestantes (65,9%)	<i>Principal asegurador</i>
NUEVA EPS	125 gestantes (18,1%)	
PPNA (Población Pobre No Asegurada / Migrantes)	53 gestantes (7,7%)	
COOSALUD	24 gestantes (3,5%)	
SOS	18 gestantes (2,6%)	
Otras EAPB	16 gestantes (2,3%)	<i>AIC, Capital Salud, Compensar, etc.</i>

El mes de mayor inscripción fue julio (84 gestantes, 12,1%) y el de menor fue noviembre (38 gestantes, 5,5%). Los motivos de ingreso tardío (después de la semana 12) incluyen: desconocimiento del embarazo, residencia en otra ciudad o en el exterior, y falta de afiliación activa o pendiente de portabilidad.


En cuanto a la captación temprana, el 68,4% de las gestantes de Emssanar ingresaron antes de la semana 12, el 77,7% de las de SOS, y el 53,6% de Nueva EPS. Se destaca que la toma de prueba VIH/Sífilis (prueba Duo) se realizó al 100% de las 692 gestantes inscritas en el momento de la inscripción al programa.

Durante el año 2025 se diagnosticaron 37 gestantes con sífilis gestacional, correspondiendo el 67,6% a Emssanar, el 10,8% a PPNA y el 8,1% a Coosalud. Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer las acciones de tamizaje oportuno y aseguramiento del tratamiento articulado con la red.

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 25 de 83
INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Indicador parto espontáneo – Promedio anual	62%	<i>Meta: ≥65% – Requiere estrategia</i>
Indicador parto espontáneo – 1.º semestre	64,53%	<i>Leve desviación</i>
Indicador parto espontáneo – 2.º semestre	60,15%	<i>Deterioro del indicador</i>
Indicador partos por cesárea – Promedio anual	38%	<i>Meta: ≤35% – Requiere análisis de causalidad</i>
Partos por cesárea – 1.º semestre	35%	<i>Límite de la meta</i>
Partos por cesárea – 2.º semestre	40%	<i>Supera la meta</i>
Giro cama obstetricia – Promedio anual	14	<i>Meta: 7 – Cumplimiento óptimo</i>
Diagnósticos de sífilis gestacional	37 casos	<i>67,6% Emssanar</i>
Prueba VIH/Sífilis en inscripción	100% (692)	<i>Cobertura total</i>

El giro cama en obstetricia superó ampliamente la meta institucional (promedio de 14 frente a meta de 7), evidenciando una gestión eficiente de la capacidad hospitalaria y una adecuada rotación. El pico más alto se registró en agosto con un valor de 24. Se realizan cursos de padres cada 15 días en la zona urbana (auditorio puesto de salud La Emilia) y en la zona rural (puesto de salud Rozo).

	FORMATO		FR17-GCA	
			Versión 01	Página 26 de 83
	INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Servicio de Pediatría – Hospitalización

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Giro cama pediatría – Promedio anual	5	<i>Meta: 4 – Cumplimiento ✓</i>
Estancia promedio pediatría – Promedio anual	3 días	<i>Meta: 4 días ✓ – Eficiencia clínica</i>
Giro cama pediatría – Agosto (máximo)	8	<i>Incremento asociado a mayor demanda</i>


El servicio de Pediatría evidenció un desempeño favorable y consistente en los indicadores de giro cama y estancia promedio, reflejando una adecuada gestión de la capacidad instalada sin comprometer la calidad ni la seguridad de la atención pediátrica. La estancia promedio de 3 días, por debajo de la meta de 4 días, refleja eficiencia en la resolución clínica de los casos.

Durante la vigencia se fortalecieron las prácticas de captación temprana articulada con el primer nivel de atención, garantizando la activación de las rutas para niños con desnutrición, enfermedades respiratorias y sospecha de maltrato infantil. Las complicaciones obstétricas de mayor impacto (hemorragia obstétrica, trauma obstétrico y endometritis posparto) se mantuvieron en porcentajes mínimos.

7.5 Cirugía

Durante la vigencia 2025 el servicio de cirugía del Hospital Raúl Orejuela Bueno alcanzó resultados sobresalientes en términos de calidad, eficiencia y seguridad del paciente. Se ejecutaron cirugías programadas con un nivel de cumplimiento superior al 98%, y durante el período enero-noviembre se realizaron 3.892 procedimientos programados.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Cirugías programadas enero–noviembre 2025	3.892	<i>Cumplimiento: >98%</i>


	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 27 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Realización: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Mes de mayor actividad quirúrgica	Julio (478 cirugías)	
Cirugías de urgencias enero–noviembre 2025	3.237	
Cirugías urgencias – Ortopedia	1.153	<i>35,7% del total urgencias</i>
Cirugías urgencias – Ginecología	1.115	<i>34,5% del total urgencias</i>
Cirugías urgencias – Cirugía General	968	<i>29,9% del total urgencias</i>
Índice de complicaciones quirúrgicas 2025	0%	<i>Meta: 0% ✓ – Ninguna complicación</i>
Cirugías suspendidas por causas institucionales	0-1%	<i>Meta: ≤1,6% ✓</i>
Cirugías canceladas atribuibles al usuario	0,54%	<i>HTA activa y cuadros virales</i>
Efectividad proceso de esterilización a vapor	100%	<i>Todos los meses de la vigencia</i>

La distribución por especialidad evidencia que ortopedia (36,6%) y ginecología (36,3%) concentran el 72,9% de la producción quirúrgica total. Emssanar concentra más de tres cuartas partes de la producción, con 2.916 procedimientos, seguida de Nueva EPS con 498 (12,8%).

Como hito tecnológico de la vigencia, se incorporó la cirugía laparoscópica durante agosto-septiembre de 2025, realizándose 17 colecistectomías vía laparoscópica. Se actualizaron los protocolos de cirugía y central de esterilización, incluyendo laparoscopia y artroscopia, y se gestionó la dotación de 40 paquetes quirúrgicos en rotación.


La Central de Esterilización evidenció un desempeño óptimo, con cumplimiento del 100% en la efectividad del proceso de esterilización a vapor todos los meses, garantizando la seguridad microbiológica del instrumental quirúrgico y contribuyendo a la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 28 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

7.6 Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

El Programa de Riesgo Cardiovascular y Metabólico orientó su gestión durante la vigencia 2025 al cumplimiento de las metas institucionales de promoción y mantenimiento de la salud, en concordancia con los lineamientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se implementaron estrategias de apoyo con el equipo extramural en el marco de la estrategia Hospital Sano, lo que permitió fortalecer la atención y el seguimiento de los usuarios del programa.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Cobertura atención médica RCV 2025	75% – 89%	<i>Octubre: mayor cobertura</i>
Captación hipertensos 18-69 años – Emssanar	34,87%	<i>Tendencia creciente sostenida</i>
Captación hipertensos 18-69 años – Nueva EPS	27,32%	<i>Tendencia creciente sostenida</i>
Captación Diabetes Mellitus 18-69 años – Emssanar	100%	<i>Meta alcanzada</i>
Captación Diabetes Mellitus 18-69 años – Nueva EPS	75,62%	<i>Avance significativo</i>
Medición HbA1c en DM – Emssanar	57,49%	<i>Tendencia creciente</i>
Medición HbA1c en DM – Nueva EPS	45,2%	<i>Tendencia creciente</i>
Pacientes estudiados para ERC (dic) – Emssanar	84,64%	<i>Incremento desde abril</i>
Pacientes estudiados para ERC (dic) – Nueva EPS	59,69%	<i>Incremento sostenido</i>

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 29 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	


La cobertura en atención médica del Programa RCV presentó resultados entre 75% y 89%, con octubre como el mes de mayor cobertura. El cumplimiento al 100% de captación de diabéticos en Emssanar y el 75,62% en Nueva EPS reflejan avances importantes en la identificación y seguimiento de esta población de riesgo. Se evidenciaron mejoras progresivas en la calidad del dato gracias a las asistencias técnicas de las EAPB.

Se fortalecieron las actividades de club de hipertensos y diabéticos, jornadas de educación en salud con nutricionista, enfermería y celebración de días conmemorativos (Día Mundial de la Diabetes, Día de la Hipertensión, entre otros). Se mantuvo cobertura multidisciplinaria con medicina familiar, nutrición, psicología y trabajo social.

7.7 Odontología

El proceso odontológico evidenció una evolución favorable durante la vigencia 2025, alcanzando los mejores resultados del periodo evaluado. Las metas estuvieron orientadas a garantizar la cobertura de atención odontológica en el primer nivel, ejecutar actividades de promoción y prevención en salud oral, asegurar la oportunidad en la asignación de citas y garantizar la adherencia a guías y protocolos clínicos.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Total actividades odontológicas realizadas	113.142	<i>Curativas + Preventivas</i>
ACTIVIDADES CURATIVAS – Total	33.036	
Obturaciones dentales (79%)	26.129	<i>Actividad predominante</i>
Consultas de control/seguimiento	3.571	11%
Exodoncias permanentes	1.399	4%
Exodoncias quirúrgicas	1.061	3%
ACTIVIDADES PREVENTIVAS – Total	80.106	

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 30 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	


Consultas de primera vez odontología general	13.024	16%
Aplicación de sellantes	17.740	22%
Control de placa dental	15.128	19%
Educación individual en salud oral	16.602	21%
Detartraje supragingival	10.116	13%
Topicación de flúor en barniz	7.496	9%

El proceso odontológico muestra una evolución favorable, alcanzando en 2025 los mejores resultados del periodo evaluado. A pesar de las limitaciones operativas presentadas durante el año, se logró un cumplimiento aceptable de los indicadores programados, evidenciando avances cuantitativos en número de atenciones realizadas y avances cualitativos relacionados con la calidad del servicio, la adherencia a la práctica clínica y la satisfacción del usuario.

7.8 Psicología

El proceso de Psicología ejecutó atenciones en tres modalidades: consulta externa (intervención psicológica individual), hospitalización y urgencias (apoyo emocional y contención), y Centro de Escucha comunitario. Adicionalmente, se llevaron a cabo talleres psicoeducativos de educación en salud mental dirigidos a la comunidad y capacitaciones al talento humano.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Intervención psicológica individual – Actividades	8.060	
Intervención psicológica individual – Usuarios	5.858	<i>33,7% en seguimiento</i>
Atención hospitalización y urgencias – Actividades	2.038	

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 31 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	


Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Atención hospitalización y urgencias – Usuarios	1.314	<i>25,7% con seguimiento intrahospitalario</i>
Seguimientos intrahospitalarios realizados	1.062	
Centro de Escucha comunitario – Actividades	684	
Centro de Escucha comunitario – Usuarios	624	<i>8,8% requirió seguimiento posterior</i>
Talleres psicoeducativos comunidad	10 talleres	
Capacitaciones talento humano en salud mental	8 sesiones virtuales	<i>11 funcionarios</i>

Los temas de los talleres psicoeducativos incluyeron: apoyo emocional en hospitalización pediátrica, autocuidado en cuidadores de pacientes hospitalizados, prevención del suicidio en adolescentes, estrategias de prevención del abuso sexual infantil, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, y gestión emocional en mujeres gestantes ("Un corazón que crece").

En el análisis territorial de las atenciones psicológicas de la estrategia Palmiranos Sanos Bacano, las comunas 1 y 2 concentraron el 56,8% de las atenciones, evidenciando alta demanda en esos territorios. Del total de 1.996 atenciones, el 80% (1.596) correspondió a la zona urbana y el 20% (400) a la zona rural.

7.9 Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica


El Sistema de Vigilancia Epidemiológica institucional evidenció un desempeño global estable durante la vigencia 2025, con adecuado control de los eventos priorizados y fortalecimiento progresivo de los procesos de notificación, análisis y respuesta. Los indicadores de mortalidad materna y perinatal se mantuvieron dentro de los rangos esperados para el nivel de complejidad institucional.

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 32 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Mortalidad materna y perinatal	Dentro de rangos esperados	<i>Sin incrementos significativos</i>
Hospitalización por dengue	Comportamiento variable estacional	<i>Sin impacto significativo en letalidad</i>
Letalidad por IRA y EDA	Niveles bajos	<i>Adecuada capacidad resolutive</i>
Éxito tratamiento TBC nuevos casos	100% (1/1)	<i>Meta: ≥90% ✓</i>
Tasa mortalidad por tuberculosis	0,00 x1000	<i>Meta: ≤0,001 ✓</i>
Captación sintomáticos respiratorios	56,62% (124/219)	<i>Meta: ≥90% – Requiere mejora</i>
Manejo adecuado desnutrición aguda <5 años	100% (18/18)	<i>Meta: 100% ✓</i>
Mortalidad por desnutrición <5 años	0 casos (0/1528)	<i>Meta: ≤5 x100.000 ✓</i>
Oportunidad notificación SIVIGILA	Cumplimiento adecuado	<i>Flujos internos fortalecidos</i>

La Morbilidad Materna Extrema (MME) presentó una vigilancia activa, con identificación oportuna de casos y análisis sistemático, permitiendo la formulación de acciones de mejora. Las Unidades de Análisis se realizaron de manera sistemática en los eventos priorizados, orientando decisiones gerenciales y acciones de seguridad del paciente.

Respecto a la tuberculosis, el programa logró un 100% de éxito en el tratamiento de casos nuevos y tasa cero de mortalidad. Sin embargo, la captación de sintomáticos respiratorios alcanzó un 56,62%, inferior a la meta del 90%, lo que requiere fortalecer las estrategias de búsqueda activa de casos. Como actividades destacadas se realizó la Conmemoración del Día Mundial de Lucha contra la

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 33 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Tuberculosis con participación de usuarios y familias, y una actividad de fin de año con el grupo de pacientes y familias del programa.

El programa de Alteración Nutricional del HROB demostró ser efectivo, logrando que más del 75% de los niños notificados con desnutrición aguda se encontraran recuperados o en vía de recuperación. La desnutrición aguda persiste únicamente en un grupo reducido de 12 niños, de los cuales solo 5 corresponden a desnutrición aguda primaria activa.

7.10 RIAS – Ciclos de Vida


Primera Infancia e Infancia

El Programa de Primera Infancia, Infancia, Juventud y Adolescencia del Hospital se fortaleció mediante la implementación de ciclos educativos dirigidos a usuarios y familias, capacitaciones al talento humano de las RIAS, y articulación intersectorial con instituciones educativas del municipio. El mes de julio presentó el mayor número de pacientes atendidos, explicado principalmente por la recuperación de usuarios de la Nueva EPS que no habían ingresado oportunamente en la nominal 202.

Durante 2025 los indicadores de atención en salud infantil y juvenil presentaron un desempeño inferior a las metas en varios de sus componentes, con brechas especialmente marcadas en la primera infancia. Las debilidades críticas persisten en el tamizaje auditivo y en la atención por enfermería, asociadas principalmente a la insuficiencia de talento humano especializado.

Adolescencia, Juventud y Lactancia Materna

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Asesorías lactancia materna – Enero	7	<i>Inicio limitado del programa</i>
Asesorías lactancia materna – Junio	2	<i>Reactivación del programa</i>
Asesorías lactancia materna – Diciembre (pico)	53	<i>Fortalecimiento en 2.º semestre</i>
Atenciones RIA adolescencia – Octubre (pico)	172	<i>Tendencia ascendente año</i>

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 34 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Atenciones RIA adolescencia – Total año	~902	<i>Balance anual positivo</i>
Atenciones RIA juventud – Febrero (pico)	197	
Atenciones RIA juventud – Octubre (pico)	197	<i>Mes con mayor cobertura</i>

El programa de lactancia materna inició el año con 7 atenciones en enero, sin registros entre febrero y mayo, y se reactivó progresivamente desde junio, alcanzando su punto más alto en diciembre con 53 atenciones. Las atenciones de adolescencia y juventud mostraron comportamientos ascendentes y variables, con los picos más altos en los segundos semestres.


Logros del Programa de Ciclo de Vida

- Recertificación de la Estrategia IAMI (Institución Amiga de la Mujer y la Infancia).
- Cumplimiento superior al 95% en auditorías de EAPB, Secretaría de Salud y Gobernación del Valle.
- Normalización de protocolos, formatos, rutas y planes de atención de enfermería.
- Articulación con colegios, escuelas y universidades, incrementando coberturas de atención en las RIAs.
- Consolidación de seguimiento a inasistentes como estrategia de captación.
- Mejora progresiva en la aplicación de la Escala Abreviada de Desarrollo (EAD) durante el segundo semestre.

7.11 Programa Adultez-Vejez, Planificación Familiar y Cáncer

Estos programas buscan promover la salud, prevenir enfermedades, garantizar la detección temprana y ofrecer atención integral a la población priorizada del municipio, tanto en zonas urbana como rural.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Total atendidos programa Adultez 2025	3.547	<i>Pico: julio (596 atenciones)</i>


	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 35 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Total atendidos programa Vejez 2025	2.814	<i>Pico: agosto (384 atenciones)</i>
Total atendidos Planificación Familiar 2025	3.647	<i>Pico: septiembre (409 atenciones)</i>
Total atendidos en Citologías 2025	3.748	<i>Pico: febrero (394); mínimo: diciembre (185)</i>
Total atendidos en Mamografías 2025	1.747	<i>Pico: mayo (217); mínimo: diciembre (68)</i>
Total tamizados con PSA 2025	2.539	<i>Picos: mayo (335) y julio (325)</i>
Total tamizados con sangre oculta en heces (SOH)	3.350	<i>Pico: mayo (345)</i>


El seguimiento mensual a los indicadores evidenció brechas significativas en los programas dirigidos a la población adulta mayor. Los indicadores relacionados con vejez, incluyendo la atención por medicina general, la aplicación de pruebas funcionales (Mini Mental, Barthel, Lawton Brody) y los tamizajes de oportunidad, se ubicaron en niveles deficientes o no aceptables durante la mayor parte del año. La ruta de atención en adultez y vejez requiere un fortalecimiento significativo de la capacidad instalada, considerando el volumen de contrataciones con las EAPB y la alta población total adscrita a la ESE.

7.12 Atención al Usuario – SIAU

El Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) tiene como objetivo medir la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias, identificadas a través de los diferentes canales de comunicación disponibles. Durante 2025 se implementaron mejoras significativas en la gestión de agendas y en la resolución oportuna de PQRS.

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 36 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Realización: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Encuestas de satisfacción aplicadas 2025	5.633	<i>enero–diciembre</i>
Usuarios que recomiendan la IPS	5.340	<i>95% – Meta cumplida</i>
Satisfacción global del servicio – Promedio anual	95%	<i>Meta: 95% ✓</i>
Satisfacción global – Meses más altos (mayo, junio)	97%	
Participación femenina en encuestas	73%	
Participación masculina en encuestas	27%	
PQRS radicadas 2025	703	<i>Reducción del 35% vs 2024</i>
Principal causa de PQRS (1.ª)	Agendamiento especialidades – 486 (69%)	<i>Plan de mejora activo</i>
Principal causa de PQRS (2.ª)	Agendamiento medicina general – 75 (11%)	
Solicitudes humanización	11	<i>Reducción desde 25 (2024) y 69 (2023)</i>
Total llamadas central de citas 2025	923.360	
Llamadas atendidas	750.917 (69%)	<i>Meta: 90%</i>

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 37 de 83
INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Llamadas abandonadas	172.443 (32%)	<i>Requiere fortalecimiento</i>
Llamadas IVR	29.280	

La Política de Participación Social en Salud alcanzó un cumplimiento del 100%, ejecutando las 44 actividades programadas en los cinco ejes temáticos. Desde abril de 2025, el HROB transformó el sistema de agendamiento con atención en línea e IVR, logrando mayor agilidad y reducción de PQRS por dificultades de acceso. La satisfacción global mejoró de 94% en 2024 a 95% en 2025.

La disminución del 35% en el número de PQRS y la reducción de solicitudes relacionadas con humanización (de 25 en 2024 a 11 en 2025) reflejan una mejora tangible en la experiencia del usuario y en la cultura de servicio institucional.


8. ÁREA DE CALIDAD

El Área de Calidad del Hospital Raúl Orejuela Bueno orientó su gestión durante la vigencia 2025 al fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, la mejora continua de los procesos institucionales y el cumplimiento de los estándares normativos aplicables. La gestión se enmarcó en la línea estratégica "Hospital Más Humano" del Plan de Desarrollo Institucional.

8.1 Recertificación ISO 9001:2015

Uno de los hitos más significativos de la vigencia 2025 fue la obtención exitosa de la recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad bajo la norma ISO 9001:2015, evidenciando la madurez del sistema, el nivel de apropiación de la norma por parte de los líderes de proceso y el compromiso institucional con la calidad y la mejora continua.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Recertificación ISO 9001:2015	OBTENIDA	<i>100% – Meta cumplida</i>
Equipo de calidad – Línea base	4 integrantes	

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 38 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	


Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Equipo de calidad – Vigencia 2025	6 integrantes	<i>Ampliación del 50%</i>
Presupuesto equipo de calidad	\$14.752.430	<i>Ejecutado vigencia 2025</i>

La ampliación del equipo de calidad de 4 a 6 integrantes permitió mayor cobertura institucional, distribución más equitativa de cargas laborales, mayor especialización de funciones y mejora en la oportunidad y calidad del acompañamiento a los procesos. Adicionalmente, se rediseñó e implementó el repositorio documental de la intranet institucional (<https://intranet.hrob.gov.co/docs/>), organizándolo bajo el mapa de procesos del Hospital y mejorando el acceso y consulta de la documentación interna.

8.2 Auditorías Externas

Para la vigencia 2025 se recibieron 9 auditorías externas por parte de diferentes entes de control y EAPB. El resultado fue sobresaliente, con un promedio de cumplimiento del 96% y todas las auditorías clasificadas como SATISFACTORIAS, superando la meta institucional del 85%.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Auditorías externas recibidas	9	
Auditorías con resultado SATISFACTORIO	9 de 9	<i>100%</i>
Promedio general de cumplimiento	96%	<i>Meta: ≥85% ✓ SUPERADA</i>
PAMEC – Secretaría de Salud (marzo)	96%	<i>SATISFACTORIO</i>
Sistema Único de Habilitación – SOS (febrero)	99%	<i>SATISFACTORIO</i>
Código Rojo y anticonceptivos – Asmet Salud	100%	<i>SATISFACTORIO</i>

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 39 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	


Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Triage urgencias – Asmet Salud	100%	<i>SATISFACTORIO</i>
Referencia y Contrarreferencia – Sec. Salud Municipal	Sin hallazgos	<i>SATISFACTORIO</i>
Verificación PAMEC-SIC – Sec. Salud (septiembre)	100%	<i>SATISFACTORIO</i>
Estándares calidad – Sanitas (noviembre)	88%	<i>SATISFACTORIO</i>
Verificación PAMEC – Asmet Salud (diciembre)	100%	<i>SATISFACTORIO</i>

El 100% de las auditorías recibidas en 2025 obtuvieron calificación satisfactoria, indicando un alto grado de gestión de los procesos tanto de los líderes como de la alta gerencia. Se fortaleció el canal de comunicación con entes de control y EAPB.

8.3 Auditorías Internas

Se ejecutó el 100% del Plan de Auditorías Internas 2025, auditando los 36 procesos del mapa de procesos institucional (estratégicos, misionales y de apoyo), en cumplimiento de la cláusula 9.2 de la norma ISO 9001:2015 y la Resolución 3100 de 2019. Para este ciclo se capacitaron 10 auditores internos con una inversión de \$15.954.187.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Procesos auditados	36 de 36	<i>100% del mapa institucional</i>
Total hallazgos identificados	745	<i>Diagnóstico integral del SGC</i>

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 40 de 83
INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	


Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Fortalezas (F)	316	<i>Gestión del Mantenimiento (20), Auditoría Salud (19), Urgencias (17)</i>
Oportunidades de Mejora (OM)	264	<i>Base de proyectos de mejora 2026</i>
No Conformidades (NC)	165	<i>Alimentación (25 NC), Lavandería (15 NC)</i>
Audidores internos capacitados	10	<i>\$15.954.187 invertidos</i>

Los procesos con mayor número de no conformidades fueron el Servicio de Alimentación (25 NC) y Lavandería (15 NC), asociados en gran medida a fallas en el control de proveedores externos concesionados. El proceso de Seguridad del Paciente también presentó hallazgos de alto impacto. Para la siguiente vigencia se recomiendan auditorías de seguimiento focalizadas en estos procesos críticos en el primer trimestre de 2026.

8.4 Indicadores de Gestión y Tableros de Mando

Se fortaleció el seguimiento y control de los procesos institucionales mediante la implementación y análisis sistemático de indicadores de gestión. Se logró aumentar la madurez en la entrega de tableros de mando a través de la periodicidad correspondiente a cada proceso y la interacción permanente con los líderes.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Entregas oportunas tableros de mando – Inicio año	53%	<i>Línea base vigencia</i>

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 41 de 83
INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Entregas oportunas tableros de mando – Cierre año	80%	<i>Mejora del 27%</i>
Cumplimiento por periodo de tableros – Inicio año	40%	
Cumplimiento por periodo de tableros – Cierre año	80%	<i>Mejora del 40%</i>
Mejora en redacción contenidos cualitativos	70%	
Seguimiento y validación de cargue información EPS	100%	<i>Res. 1552 y 0256</i>


9. GESTIÓN FINANCIERA

La Subgerencia Financiera consolidó durante la vigencia 2025 un modelo de gestión orientado al fortalecimiento del ciclo de ingresos institucional. El Hospital evidenció crecimiento sostenido en la generación de ingresos operacionales, con resultados positivos en cumplimiento de metas de facturación y recuperación de cartera, en un entorno sectorial caracterizado por presión sobre el flujo de caja hospitalario derivado de la crisis financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

9.1 Producción de Ingresos – Facturación

El comportamiento de la facturación evidenció estabilidad durante la mayor parte del año con un fortalecimiento significativo en el último trimestre, asociado a estrategias de cierre de producción pendiente y optimización de procesos. Durante el segundo trimestre se presentaron ajustes operativos por la implementación de FEV-RIPS, que generaron reprocesos temporales, normalizados en el segundo semestre.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Facturación total vigencia 2025	\$93.241.211.043	


	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 42 de 83
INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Número de facturas generadas	99.707	
Promedio mensual facturado	\$7.770.100.920	
Crecimiento facturación vs 2024	+13%	<i>Crecimiento sostenido</i>
Valor total radicado	\$82.413.865.755	
Porcentaje de radicación sobre facturación	88%	<i>Índice de radicación del ingreso</i>
Facturación pendiente de radicar	\$10.827.345.288	<i>En proceso de normalización</i>

9.2 Gestión de Cartera

El hospital presentó fortalecimiento progresivo de la cartera corriente durante la vigencia 2025, evidenciando mejora en la calidad del activo financiero institucional. El incremento de la cartera corriente representa mayor probabilidad de recaudo efectivo y reducción del riesgo financiero.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Cartera corriente – Corte marzo 2025	\$11.520.179.845	
Cartera corriente – Corte junio 2025	\$11.307.009.982	<i>Estabilización</i>
Cartera corriente – Corte septiembre 2025	\$13.048.274.399	<i>Crecimiento</i>
Cartera corriente – Corte diciembre 2025	\$16.987.887.779	<i>Mejora en calidad del activo</i>

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 43 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

9.3 Gestión Contractual con Responsables de Pago

Al cierre de la vigencia, el hospital mantuvo 21 convenios vigentes con las diferentes EAPB responsables de pago. La actualización contractual al 81% constituye un factor determinante para la sostenibilidad financiera, garantizando condiciones tarifarias vigentes y reconocimiento económico de los servicios prestados.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Convenios vigentes al cierre	21	
Convenios actualizados	17	
Nivel de actualización contractual	81%	<i>Factor clave de sostenibilidad</i>

9.4 Sistema de Costos Hospitalarios


Durante 2025 se avanzó en la estructuración del modelo de costeo institucional, proceso que constituye un avance estructural hacia la gestión financiera basada en eficiencia del servicio y control del gasto por unidad funcional. Las acciones ejecutadas incluyeron:

- Parametrización del sistema R-FAST para el registro de costos.
- Identificación de centros de costos por servicio.
- Caracterización de costos directos e indirectos.
- Elaboración de fichas técnicas de costo por procedimiento.
- Capacitación del personal en costeo hospitalario.

Este proceso de estructuración del modelo de costos permitió generar el primer informe de costos del primer cuatrimestre en el software R-FAST, sentando las bases para la toma de decisiones financieras basadas en eficiencia del servicio en las próximas vigencias.

9.5 Evaluación de Sostenibilidad Financiera

El análisis integral del desempeño financiero 2025 permite establecer los siguientes elementos estructurales de sostenibilidad:

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 44 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

FORTALEZAS	Crecimiento sostenido del ingreso operacional (+13%). Consolidación del ciclo de facturación institucional. Mejora progresiva en calidad de cartera. Fortalecimiento del modelo de costos. Capacidad de adaptación a cambios regulatorios (FEV-RIPS).
FACTORES DE RIESGO	Presión estructural del flujo de caja hospitalario sectorial. Dependencia de tiempos de pago de EAPB en intervención. Impacto operativo de cambios regulatorios del sector salud. Crisis financiera sistémica del SGSSS en el Valle del Cauca.

10. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA


La Subgerencia Administrativa coordinó durante la vigencia 2025 los procesos de soporte institucional que garantizan la operatividad del Hospital. Estos procesos comprenden: activos fijos, gestión ambiental, ingeniería biomédica, transporte, compras, mantenimiento de infraestructura, almacén, gestión documental y tecnologías de información y comunicaciones. Todos se articulan con la línea estratégica "Hospital Más Bacano" del Plan de Desarrollo Institucional.

10.1 Activos Fijos

Durante la vigencia 2025 se ejecutó el inventario físico general de activos fijos en la sede principal y todas las sedes rurales y urbanas (filiales), utilizando el formato FR3-ACF. Como resultado del proceso se evidenció la existencia de activos no localizados en los lugares asignados, lo que motivó la formulación e implementación de un plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría Municipal.

Las acciones ejecutadas incluyeron: inventario físico completo con validación y firma de los líderes responsables por centro de costo, reubicación administrativa de activos no encontrados (centro de costo específico "Bodega la Nevera"), depuración de elementos registrados erróneamente como activos fijos (suministros, insumos y licencias de antivirus), y baja formal de activos mediante resolución aprobada por el Comité Evaluador de Bajas e Inventarios.

Un logro destacado fue la recuperación y repotenciación de activos deteriorados: sillas de ruedas, vitrinas, camillas de transporte, sillas de laboratorio, tándems y mesas auxiliares, generando un impacto económico positivo al reincorporar estos bienes a los procesos institucionales sin necesidad de nuevas adquisiciones.

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 45 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

10.2 Gestión Ambiental – PIGA 2025


El Proceso de Gestión Ambiental ejecutó durante 2025 el Plan Integral de Gestión Ambiental (PIGA), orientado al cumplimiento normativo, la sostenibilidad ambiental y la mejora continua del entorno hospitalario. El Hospital consolida su enfoque de Hospital Verde, alineado con la Agenda Global de Hospitales Verdes y Saludables.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Total actividades PIGA 2025 programadas	27	
Total actividades PIGA 2025 ejecutadas	25	
Porcentaje de cumplimiento PIGA 2025	92,6%	<i>Alto nivel de cumplimiento</i>
Actividades no ejecutadas	2	<i>Campaña ahorro agua/energía; Plan Saneamiento Básico</i>
Presupuesto gestión ambiental (aproximado)	\$3.902.513.495	<i>Incluye limpieza, residuos, ropa hospitalaria</i>

Los logros ambientales más relevantes fueron: actualización del Código de Colores de residuos conforme a la Resolución 591 de 2024, establecimiento de la ruta de aprovechamiento de bolsas de líquidos intravenosos (Viaflex) como iniciativa de economía circular, y desarrollo de la Política de Sustancias Químicas alineada con los objetivos de la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables.

10.3 Ingeniería Biomédica

El proceso de Tecnología Biomédica orientó su gestión a garantizar la seguridad, funcionalidad y disponibilidad del parque tecnológico institucional. Durante 2025 se enfrentaron desafíos relacionados con la obsolescencia del parque biomédico, la ruptura de cadenas de suministros de repuestos importados, las restricciones de acceso a zonas rurales por alteraciones de orden público, y el hurto institucional de dispositivos.


	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 46 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Calibración de equipos biomédicos	64%	<i>Brecha: obsolescencia y hurto reportado</i>
Mantenimiento preventivo	94%	<i>Restricciones en zonas de riesgo público</i>
Oportunidad en correctivos	92%	<i>Ruptura cadena suministros importados</i>
Gestión eventos adversos / Tecnovigilancia	100%	<i>Meta: 100% ✓ – 100% reportes gestionados</i>
Notificaciones trimestrales al INVIMA	Cumplidas	<i>100% de ciclos de investigación cerrados</i>

Como logro estructural de alto impacto, se ejecutó la intervención en la red de gases medicinales, corrigiendo fugas y estabilizando presiones, lo que representa un beneficio en seguridad para quirófanos y urgencias, y un impacto financiero positivo por reducción del consumo de oxígeno. El proceso demostró un desempeño sobresaliente en las auditorías internas y externas, sin hallazgos técnicos sustanciales.

10.4 Proceso de Compras


El Proceso de Compras estableció metas e indicadores orientados a garantizar la eficiencia, oportunidad y eficacia en la adquisición de bienes y servicios requeridos para la prestación de los servicios de salud.

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 47 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Oportunidad de proveedores – Meta	12 días	
Oportunidad de proveedores – Resultado promedio anual	9 días	✓ 121% cumplimiento I sem / 147% II sem
Oportunidad gestión órdenes de compra – Meta	14 días	
Oportunidad gestión órdenes de compra – Resultado	12 días	✓ 104% I sem / 134% II sem
Eficacia atención requerimientos – Meta	70%	
Eficacia atención requerimientos – Resultado	63%	93% I sem / 87% II sem
Satisfacción adquisiciones – Meta	90%	
Satisfacción adquisiciones – Resultado anual	67%	37% I sem / 111% II sem – Mejora sustancial
Cumplimiento global I semestre	89%	
Cumplimiento global II semestre	120%	<i>Evolución positiva</i>

10.5 Almacén

La gestión del almacén presentó avances relevantes en organización, control y eficiencia operativa. Se mantuvo el sistema de semaforización de medicamentos por fecha de vencimiento (verde: >12 meses, amarillo: 6-12 meses, rojo: <6 meses) y la organización alfabética de productos.


	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 48 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Entradas al almacén 2025	488	<i>18 categorías de bienes</i>
Salidas del almacén 2025	1.924	<i>SA-6878 a SA-8801</i>
Confiabilidad del inventario	97%	<i>Alta correspondencia físico vs sistema</i>
Inventarios generales realizados	2	<i>Validación semestral</i>

10.6 Mantenimiento de Infraestructura

El proceso de mantenimiento hospitalario logró cumplir en un 80% las necesidades de la E.S.E. y sus sedes, con el apoyo de la Subgerencia Administrativa y Financiera. Los logros incluyeron mejoras en la eficiencia de equipos, mayor seguridad para usuarios y funcionarios, optimización de recursos y mejoras en la calidad del servicio.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Oportunidad en atención y solución de fallas	100%	<i>Meta: 95% ✓</i>
Eficacia en atención de requerimientos	100%	<i>Meta: 95% ✓</i>
Cumplimiento mantenimiento equipos industriales	52%	<i>Meta: 80% – Brecha presupuestal</i>
Presupuesto asignado mantenimiento 2025	\$3.259.250.000	

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 49 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

10.7 Gestión Documental

El proceso de Gestión Documental alcanzó el 100% de cumplimiento en todos sus indicadores de gestión durante la vigencia 2025. Sin embargo, coexisten con estos resultados cuantitativos debilidades técnicas estructurales relacionadas con la ausencia de un inventario detallado de fondos documentales y la implementación incompleta de las Tablas de Retención Documental.


Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Digitalización registros historia clínica	100%	<i>Meta: 95% ✓</i>
Eficiencia atención consulta y requerimientos archivo	100%	<i>Meta: 60% ✓</i>
Gestión historia clínica extinto Hospital San Vicente	100%	<i>Meta: 30% ✓</i>
Eficacia distribución comunicaciones oficiales	100%	<i>Meta: 97% ✓</i>
Requerimientos historia clínica atendidos satisfactoriamente	100%	<i>Meta: 92% ✓</i>

Los avances incluyen la aprobación y divulgación de la Política de Gestión Documental (octubre 2025), actualización del Programa de Gestión Documental, organización del proceso de historias clínicas ante solicitudes de terceros con trazabilidad, y avance en la documentación del Plan Institucional de Archivos (PINAR).

El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E adopta el Sistema Integrado de Conservación (SIC) con el fin de garantizar la adecuada conservación de los documentos institucionales, especialmente las historias clínicas y documentos administrativos. El SIC establece medidas de conservación preventiva orientadas a proteger la información física y digital producida por la institución durante todo su ciclo de vida.

10.8 Tecnologías y Técnicas de Información – TIC

El proceso de TIC alcanzó el 100% de los indicadores establecidos en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETIC) para la vigencia 2025, evidenciando una gestión eficiente y alineada con la estrategia institucional

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 50 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	


Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Indicador modernización TIC 2024-2027	100%	<i>Meta: 100% ✓</i>
Articulación módulos sistema información en línea	100%	<i>Meta: 100% ✓</i>
Casos mesa de servicio cerrados	1.786 de 1.790	<i>99,8% efectividad</i>
Licencias antivirus Kaspersky	400 licencias	<i>Incremento desde 300</i>
Sedes con fibra óptica (nuevas)	Libertadores y Amaime	<i>Modernización de red</i>
Equipos de cómputo en alquiler	56 equipos	<i>Adquisición 8 equipos adicionales</i>
Cuentas de correo administradas	156 cuentas	<i>Sistema CARBONIO</i>

Durante la vigencia se gestionaron actividades clave: renovación de licencia del dispositivo de seguridad perimetral Fortinet, actualización del licenciamiento antivirus Kaspersky, soporte y mantenimiento del sistema de información RFAST, interconexión por fibra óptica de sedes Libertadores y Amaime, adquisición de discos duros externos (10 TB) para copias de seguridad, y alquiler de 56 equipos de cómputo.

Se mantuvieron operativos 24/7 los servicios estratégicos: página web www.hrob.gov.co, sistema de información RFAST, correo institucional, plataformas Alfresco, Inventory, Orfeo e intranet institucional. El área contó con 5 colaboradores durante toda la vigencia.

11. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

La Oficina de Gestión de Talento Humano orientó su gestión al cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional en la línea estratégica "Hospital Más Humano", con el objetivo de mejorar el nivel de

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 51 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

satisfacción del cliente interno mediante la implementación de prácticas que fortalecen la capacidad técnica, el bienestar y la seguridad del talento humano de la institución.

La gestión se articuló con la dimensión de Talento Humano del MIPG y la Política de Gestión Estratégica del Talento Humano, en cumplimiento de los requisitos establecidos por la Comisión Nacional del Servicio Civil y la normatividad laboral vigente para las Empresas Sociales del Estado.

11.1 Plan de Capacitación Institucional


Durante la vigencia 2025 se ejecutaron las 31 capacitaciones programadas, logrando el 100% de cumplimiento del Plan de Capacitación, superando la meta del 95%. Este resultado fortaleció las competencias técnicas y comportamentales de los colaboradores, promoviendo una cultura de aprendizaje continuo e impactando positivamente la productividad y la calidad del servicio.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Plan de Capacitación – Capacitaciones programadas	31	
Plan de Capacitación – Capacitaciones ejecutadas	31	<i>100% ✓ Meta: 95%</i>

11.2 Plan de Bienestar Social e Incentivos

Se ejecutaron las 18 actividades de bienestar social programadas, alcanzando el 100% de cumplimiento. La implementación de estas acciones favoreció un clima laboral positivo, incrementó los niveles de motivación y compromiso del personal, y fortaleció el sentido de pertenencia hacia la organización, incidiendo directamente en la satisfacción laboral y la reducción de factores de riesgo psicosocial.

Como hito innovador, se implementó por primera vez la entrega trimestral de un certificado de exaltación de méritos con criterios de desempeño previamente definidos, contribuyendo al fortalecimiento del compromiso y la motivación de los funcionarios.

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 52 de 83
INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	


Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Plan de Bienestar Social – Actividades programadas	18	
Plan de Bienestar Social – Actividades ejecutadas	18	100% ✓ <i>Meta: 90%</i>

11.3 Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST

Durante la vigencia 2025 se ejecutaron 395 de las 395 actividades programadas en el Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, logrando el 100% de cumplimiento. La evaluación de los estándares mínimos realizada por la ARL Equidad Seguros arrojó un resultado del 100%, sin planes de acción pendientes.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Actividades SG-SST programadas	395	
Actividades SG-SST ejecutadas	395	100% ✓ <i>Meta: 90%</i>
Evaluación estándares mínimos ARL Equidad Seguros	100%	<i>Sin planes de acción pendientes</i>
Enfermedades laborales reconocidas	1	<i>Compromiso miembro superior – En rehabilitación</i>

Entre las acciones ejecutadas se destacan: actualización y socialización de políticas del SG-SST, actualización de la matriz de identificación de peligros y riesgos, inspecciones locativas y ergonómicas, exámenes médicos ocupacionales, campañas de estilos de vida saludable, pausas activas, manejo del estrés y la ansiedad, aplicación de la Batería de Riesgo Psicosocial, simulacros de emergencias y actualización del Plan Hospitalario de Emergencias.

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 53 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

11.4 Logros Estratégicos del Proceso


- Conformación de la Comisión de Personal: después de tres vigencias sin este órgano, se conformó la Comisión de Personal que garantiza el mérito, la carrera administrativa y los derechos laborales. Esta comisión vigila la provisión de empleos, resuelve reclamaciones en primera instancia y funciona conforme a los lineamientos de la Comisión Nacional del Servicio Civil.
- Digitalización historias laborales y hojas de control: se alcanzó un 85% de digitalización de historias laborales y 100% de las hojas de control, modernizando el proceso y agilizando trámites.
- Evaluaciones de desempeño: se evaluó al 100% de los funcionarios nombrados en provisionalidad, mejorando el control y seguimiento de actividades.
- Reducción de conflictos laborales: en 2025 no se presentaron quejas ante la Comisión de Personal, resultado de los talleres sobre trabajo en equipo y comunicación asertiva.
- Clima organizacional: la encuesta aplicada a 65 funcionarios (70% de la planta de personal) evidenció que la totalidad de los encuestados se sienten satisfechos, con un resultado superior al 60%.
- Articulación con ASSTRACUD y personal OPS: se conformó el Comité de Seguimiento a Terceros para garantizar que todo el personal, independientemente del tipo de vinculación, participe en las acciones de formación.
- Política de Gestión Estratégica del Talento Humano: cumplimiento de 12 recomendaciones del indicador de desempeño.

12. OFICINA ASESORA JURÍDICA Y GESTIÓN CONTRACTUAL

La Oficina Asesora Jurídica del Hospital Raúl Orejuela Bueno desarrolló durante la vigencia 2025 las actividades a su cargo relacionadas con la defensa judicial y administrativa de la entidad, la representación legal ante los diferentes despachos judiciales y la secretaría técnica del Comité de Conciliación y Defensa Judicial, conforme a la Resolución 100.3.2-254 del 4 de septiembre de 2025.

12.1 Procesos Judiciales Vigentes

Al cierre de la vigencia 2025, el Hospital mantenía 74 procesos judiciales activos, con pretensiones que ascienden a \$41.348.573.793. La mayor concentración se ubica en el medio de control de Reparación Directa, que representa el 70% de los procesos y el 84,6% de las pretensiones totales.


	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 54 de 83
INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Reparación Directa	52 procesos	\$34.989.203.710 (84,6%)
Nulidad y Restablecimiento del Derecho	11 procesos	\$835.289.575
Contractuales	3 procesos	\$2.721.965.973
Ejecutivos	3 procesos	\$2.105.427.716
Ordinarios Laborales	4 procesos	\$121.974.399
Llamamiento en Garantía	1 proceso	\$574.712.420
TOTAL GENERAL	74 procesos	\$41.348.573.793

12.2 Sentencias Favorables Vigencia 2025

La gestión jurídica de la vigencia 2025 permitió obtener 9 sentencias favorables (8 en primera instancia y 1 en segunda instancia), con pretensiones negadas que ascienden a \$4.091.199.081, evidenciando una sólida defensa jurídica institucional.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Sentencias favorables 1. ^a instancia	8 sentencias	\$4.034.607.185 <i>pretensiones negadas</i>
Sentencias favorables 2. ^a instancia	1 sentencia	\$56.591.896 – <i>Fin definitivo controversia</i>

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 55 de 83
INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	


Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Total pretensiones negadas a favor del HROB	\$4.091.199.081	<i>Protección patrimonial institucional</i>

Entre las sentencias más relevantes se destaca la del Juzgado Segundo Administrativo de Cali (proceso de reparación directa Víctor Hugo Mafla, pretensiones por \$880.719.177), obtenida el 14 de julio de 2025 tras un extenso trámite probatorio. También es destacable la sentencia del Tribunal Administrativo del Valle del Cauca que puso fin definitivo a la controversia en el proceso de Viviana Andrea Valderrama Salamanca, eliminando el riesgo patrimonial para la Entidad.

12.3 Acciones de Tutela

Durante la vigencia 2025 se atendieron 168 acciones de tutela en las cuales el Hospital fue vinculado al trámite constitucional, tramitadas principalmente en materia de derecho fundamental a la salud, acceso a servicios, autorizaciones, continuidad en tratamientos, suministro de medicamentos y procedimientos.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Total acciones de tutela atendidas 2025	168	
Vencimientos de términos o incumplimientos	0	<i>100% atendidas oportunamente</i>
Incidentes de desacato con decisión desfavorable	0	
Sanciones efectivas contra el HROB	0	
Órdenes judiciales incumplidas	0	<i>Todas acatadas de manera inmediata</i>

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 56 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

La totalidad de los requerimientos judiciales, autos admisorios, solicitudes de información y traslados fueron atendidos dentro de los términos legales y constitucionales. Las respuestas fueron elaboradas y remitidas de manera oportuna, completa y sustentada, con el acompañamiento técnico de las áreas asistenciales, administrativas y de apoyo. Estos resultados evidencian una gestión preventiva y adecuada, orientada a minimizar riesgos jurídicos y garantizar los derechos fundamentales de los usuarios.


12.4 Gestión Contractual

Durante la vigencia 2025, el Hospital suscribió 910 contratos y órdenes, conforme a la normatividad vigente. La gestión contractual garantizó la oportuna publicación en las plataformas Secop II, Sia Observa y SHIO, contribuyendo a la transparencia, reducción de riesgos jurídicos y fortalecimiento de la confianza ciudadana.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Contratos Proceso Asistencial	510	<i>55,5% del total</i>
Contratos Proceso Administrativo	227	<i>24,9% del total</i>
Órdenes de Compra	119	<i>13,1% del total</i>
Órdenes de Servicio	54	<i>5,9% del total</i>
TOTAL CONTRATOS Y ÓRDENES 2025	910	

13. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL – PTEE

El Hospital Raúl Orejuela Bueno implementó durante la vigencia 2025 el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), formalizado mediante el documento PG01-PLN – Versión 02 (revisión enero de 2025), en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), la Ley 2195 de 2022 y el Decreto 1122 de 2024.

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 57 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

13.1 Seguimiento y Auditoría del PTEE


La Oficina de Planeación realizó dos ejercicios de seguimiento al PTEE durante la vigencia: el primero correspondiente al primer semestre, y un segundo ejercicio complementario. Los seguimientos incluyeron la revisión de actividades del cronograma operativo, solicitud de información a las áreas responsables (Talento Humano, SIAU, Control Interno Disciplinario, Oficina Jurídica, TIC, entre otras), y la consolidación de avances y cumplimientos parciales.

Como resultado de los seguimientos y de la auditoría interna realizada por la Jefe de Control Interno, la entidad identificó debilidades estructurales en el diseño del programa, particularmente en su componente operativo. Los cinco hallazgos críticos identificados por la auditoría fueron:

- Falta de participación documentada de la Junta Directiva y directivos en la construcción y validación del PTEE.
- Socialización insuficiente del programa con todas las áreas involucradas.
- Retraso en la entrega del plan de ejecución (de enero a abril 2025).
- Asignación de responsabilidades a áreas inexistentes en la estructura organizacional.
- Inconsistencia sustancial entre el documento PTEE y el cronograma operativo.

Es importante precisar que estos hallazgos se relacionan con la formulación y estructuración del programa, y no con la falta de seguimiento por parte de la Oficina de Planeación, que sí cumplió con su obligación de realizar y remitir los informes correspondientes a la Oficina de Control Interno.

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – Cumplimiento	63%	<i>Meta: 60% ✓ SUPERADA</i>
Seguimientos realizados al PTEE	2	<i>1.º semestre + seguimiento complementario</i>
Informes remitidos a Control Interno	2	<i>Oportuna y documentadamente</i>

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 58 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

13.2 Decisión Institucional y Marco Normativo

Con base en los hallazgos de la auditoría y el análisis institucional, la entidad tomó la decisión de reformular integralmente el Programa de Transparencia y Ética Empresarial para la vigencia 2026. Esta decisión se adoptó bajo los principios de transparencia, responsabilidad y mejora continua que rigen la gestión pública, en cumplimiento del marco normativo aplicable: Ley 1474 de 2011, Ley 2195 de 2022, Decreto 1122 de 2024 y lineamientos de la Función Pública y la Superintendencia Nacional de Salud.

13.3 Propuesta de Reestructuración para 2026


La reestructuración del PTEE para la vigencia 2026 tendrá como objetivo garantizar un programa operativo, trazable, verificable y auditable. La nueva estructura contempla: mantener el documento base como marco normativo y conceptual, rediseñar completamente el componente operativo, alinear el cronograma con la estructura organizacional real del Hospital, definir responsables formalmente aceptados, establecer indicadores de seguimiento medibles y asegurar la documentación de todas las actuaciones.

14. PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES – PAA 2025

En cumplimiento de las funciones de planeación y seguimiento contractual, durante la vigencia 2025 se realizaron cuatro seguimientos periódicos al Plan Anual de Adquisiciones (PAA), correspondientes a los cortes trimestrales de marzo, junio, septiembre y diciembre. El presente capítulo consolida los resultados de dichos seguimientos y las mejoras implementadas en el proceso de planeación contractual.

14.1 Seguimientos Trimestrales

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
1.er seguimiento – Marzo 2025	8 actualizaciones	<i>Formulación inicial publicada oportunamente</i>
2.º seguimiento – Junio 2025	17 actualizaciones	<i>Implementación sistema de</i>

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 59 de 83
INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	


Indicador / Concepto	Resultado	Observación
3.er seguimiento – Septiembre 2025	26 actualizaciones	<i>numeración consecutiva</i> <i>Ajustes por necesidades sobrevinientes</i>
4.º seguimiento – Diciembre 2025	7 actualizaciones	<i>Cierre y consolidación vigencia</i>
Total actualizaciones al PAA vigencia 2025	58 actualizaciones	

14.2 Resultados Consolidados 2025

Indicador / Concepto	Resultado	Observación
Total adquisiciones planeadas en PAA 2025	581	
Valor total Plan Anual de Adquisiciones	\$76.807.705.002 COP	
Límite contratación Menor Cuantía	\$2.135.250.000 COP	
Límite contratación Mínima Cuantía	\$213.525.000 COP	

14.3 Mejoras Implementadas

Durante la vigencia 2025 se implementaron tres mejoras significativas al proceso de administración y seguimiento del PAA:

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 60 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

- Sistema de numeración consecutiva: se adoptó el sistema desde el consecutivo 001 en adelante para facilitar el control interno, garantizar la trazabilidad de modificaciones y mejorar el seguimiento histórico de los cambios.
- Articulación con la Oficina Jurídica: se estableció como práctica que los estudios previos incluyeran la evidencia del ítem del PAA correspondiente, verificando que los procesos contractuales estuvieran contemplados en el plan antes de su ejecución.
- Proyección anticipada de contrataciones: se inició desde el segundo trimestre la proyección de contrataciones básicas y estratégicas hasta diciembre, permitiendo mejorar la planeación institucional y reducir la necesidad de actualizaciones permanentes.

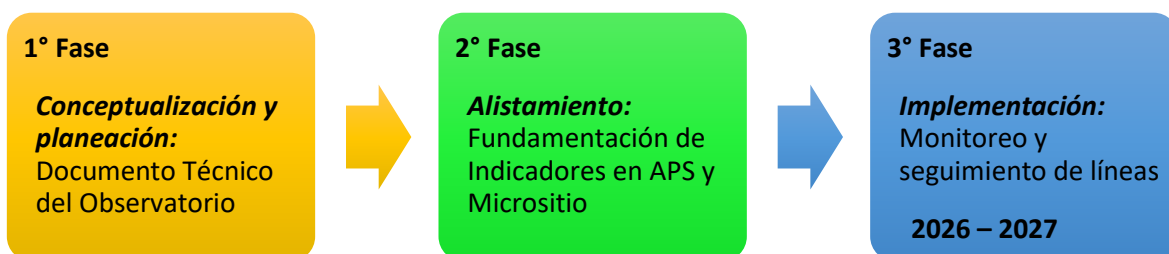
15. Observatorio de Atención Primaria en Salud DATO SALUD


Desde la iniciativa de la gerencia de la E.S.E., hacia el mes de septiembre de 2025 se consolidó la idea de constituir un observatorio con enfoque de atención primaria en salud desde el hospital, que permitiera fortalecer la gestión del conocimiento en materia de los servicios prestados a la comunidad desde una perspectiva de APS, como un eje articulador del plan de desarrollo institucional.

Es así, como se organizó el desarrollo en tres fases (Figura 1): la primera enfocada en conceptualizar el observatorio, revisando la normatividad internacional y nacional en el contexto de los observatorios en salud, el marco conceptual o teórico que orienta esta estrategia, definir las líneas temáticas priorizadas a trabajar e iniciar a construir el documento técnico. La segunda fase orientada al alistamiento por medio del diseño de indicadores que reflejen el comportamiento de cada una de las líneas, las cuales contienen unos eventos de interés en salud pública o claves para la proyección del observatorio. De igual forma, se planteó definir un micrositio web que facilite a futuro la interacción positiva con la comunidad institucional, académica y en general.

Por último, la tercera fase proyectada a la implementación de los análisis rutinarios para el monitoreo y seguimiento de las líneas temáticas, enfocadas en salud mental, eventos precursores para enfermedades crónicas no transmisibles, estrategias colectivas y APS, y condiciones de riesgo en salud especialmente desde la perspectiva de la vigilancia epidemiológica.

Figura 1. Fases de desarrollo del observatorio



	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 61 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Durante el proceso de planeación, se discutió y decidió el nombre del observatorio de atención primaria en salud, denominándolo DATO SALUD. Además, se diseñó el logo del observatorio con miras al fortalecimiento de la identidad e imagen institucional del mismo (Figura 2).


Figura 2. Logo del observatorio



En este sentido, se planteó un cronograma de trabajo con metas establecidas para el cumplimiento de las fases proyectadas para el desarrollo del observatorio (Tabla 1). Dicho cronograma, incluye de forma progresiva el alcance de productos como el documento técnico, el acuerdo de creación del observatorio, así como el desarrollo de informes de los eventos de interés por cada una de las líneas temáticas.

Tabla 1. Cronograma

Año	Fase	Trimestre	Meta/Producto	Cantidad
2025	Alistamiento	I	Documento Técnico Observatorio	1
			Acuerdo Creación Observatorio	1
		II	Informe de Evento o Tablero	1
			Micrositio Observatorio – Diseño general	1
			Documento fichas de indicadores 25%	1

	FORMATO		FR17-GCA	
			Versión 01	Página 62 de 83
	INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Año	Fase	Trimestre	Meta/Producto	Cantidad
		III	Informe de Evento o Tablero	2
			Documento fichas de indicadores 75%	1
		IV	Informe de Evento o Tablero	2
			Evento científico	1
2026	Implementación	I	Informe de Evento o Tablero	3
		II	Informe de Evento o Tablero	3
		III	Informe de Evento o Tablero	3
		IV	Informe de Evento o Tablero	3
			Evento científico	1
2027	Implementación	I	Informe de Evento o Tablero	3
		II	Informe de Evento o Tablero	3
		III	Informe de Evento o Tablero	3
		IV	Informe de Evento o Tablero	3
			Evento científico	1


Es importante anotar, que las líneas contienen los siguientes eventos:

Línea 1. Salud Mental

- Conducta suicida
- Violencia familiar y de género
- Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)
- Trastornos de ansiedad y depresión
- Consumo de SPA

Línea 2. Eventos Precursores

- Diabetes Mellitus.

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 63 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

- Hipertensión Arterial
- Enfermedad Renal Crónica

Línea 3. Intervenciones colectivas y APS

- Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)
- Estrategia APS

Línea 4. Condiciones de riesgo en salud

- TB
- VIH
- DNT <5 años
- Sífilis gestacional
- Morbilidad Materna Extrema (MME)

De acuerdo al avance del plan de trabajo de las diferentes fases del observatorio, para la fase de alistamiento se cuenta con nueve (9) metas, de las cuales a corte del primer trimestre de 2025 se han cumplido dos (2) de ellas, correspondiente al 22%. Se anexan los siguientes soportes de las dos metas alcanzadas:

Anexo A1. Documento técnico del observatorio

Anexo A2. Acuerdo No. 10 de marzo 31 de 2025 - Creación del Observatorio


Fase de alistamiento Segundo trimestre 2025

El plan de trabajo del Observatorio en sus diferentes fases de desarrollo, para la fase de alistamiento se cuenta con nueve (9) metas, de las cuales a corte del segundo trimestre de 2025 se han cumplido cinco (5) de ellas, correspondiente al 55%.

Se relacionan los siguientes avances de las tres metas alcanzadas para el segundo trimestre:

1. Informe de Evento o Tablero

Se generó un primer documento relacionado con el perfil epidemiológico del Hospital Raúl Orejuela Bueno (Palmira, Valle del Cauca), el cual describe el comportamiento de la morbilidad y mortalidad entre 2022 y 2025. Se registraron más de 630 mil atenciones, predominando las mujeres (64,8 %) y los adultos (34,8 %), seguidos de personas mayores (24,1 %). Los grupos más afectados fueron los

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 64 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

adultos y ancianos, lo que refleja la transición epidemiológica hacia enfermedades crónicas. Las causas más frecuentes de morbilidad fueron los síntomas inespecíficos y factores asociados al contacto con los servicios de salud (más del 40 %), seguidas de trastornos mentales, enfermedades infecciosas y dermatológicas, lo que sugiere desafíos en la clasificación diagnóstica y la atención primaria.

En los servicios, las urgencias representaron la principal puerta de entrada (13.855 atenciones en 2025), lideradas por medicina general, cirugía y medicina familiar. En consulta externa, se destacó la alta demanda en psicología, medicina familiar y ginecología, lo que refleja la importancia de la salud mental, reproductiva y comunitaria. Las hospitalizaciones fueron en su mayoría no quirúrgicas y obstétricas, lo que indica una significativa carga materna.

Respecto a la mortalidad, los fallecimientos se concentraron en adultos mayores (77–91 %), con ligera predominancia masculina y afiliación mayoritaria al régimen subsidiado (82–92 %), evidenciando vulnerabilidad socioeconómica. Las principales causas de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio, respiratorio y las neoplasias malignas, mientras que las muertes no naturales fueron minoritarias (≤ 6 %). Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y control de enfermedades crónicas, así como la atención integral a la población vulnerable.


Anexo B1. Perfil epidemiológico 2022-2025pr Morbilidad-Mortalidad

2. Micrositio Observatorio – Diseño general

El micrositio Dato-Salud del Hospital Raúl Orejuela Bueno se propone como plataforma de transparencia y acceso a información en salud pública relevante para la comunidad. A través de esta sección, se espera que los ciudadanos, investigadores, gestores y otros actores puedan conocer datos estadísticos actualizados sobre indicadores de atención, morbilidad, mortalidad y otros aspectos operativos del hospital y su contexto. Este recurso fortalece la rendición de cuentas institucional al facilitar la consulta pública de datos sanitarios.

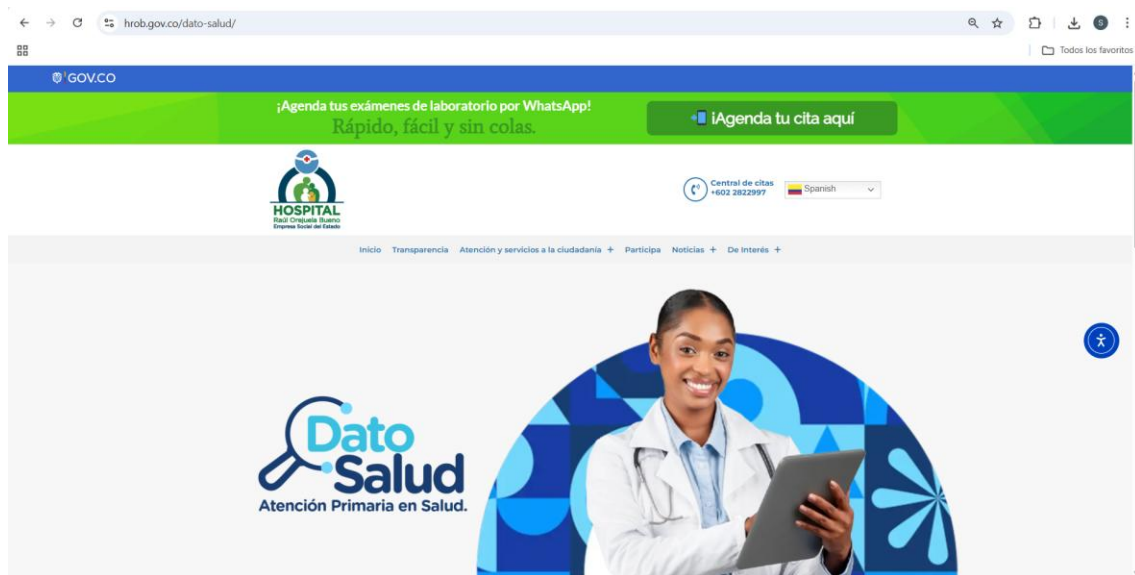
Además, Dato-Salud sirve como herramienta para la vigilancia informada, pues permite identificar tendencias y brechas en salud, focalizar intervenciones y tomar decisiones basadas en evidencia. Al presentar los datos de forma accesible y organizada, promueve la participación social y el uso informado de la información sanitaria por parte de autoridades locales, organizaciones civiles y profesionales de la salud.

Finalmente, este micrositio contribuye al perfil institucional del hospital al posicionarlo como entidad comprometida con el acceso abierto a la información. Dota al Hospital Raúl Orejuela Bueno de mayor legitimidad ante la comunidad, al mostrar que no solo se atiende la salud, sino que se comparte el conocimiento con transparencia — un elemento clave en contextos de gobernanza pública en salud.

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 65 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Para esta fase, se desarrolló la estructura general que servirá de soporte para las futuras publicaciones de información para la comunidad institucional, académica y en general.

Figura 1. Micrositio del observatorio Dato Salud en la web del hospital




Fuente: <https://www.hrob.gov.co/dato-salud/>

3. Documento fichas de indicadores


Para el segundo trimestre se proyectó el avance del 25% de las fichas de los indicadores a vigilar desde el observatorio de atención primaria en salud. En este sentido, se listan en la siguiente tabla los indicadores de la primera línea desarrollada y se anexan las fichas de cada uno de ellos.

Tabla 1. Indicadores de la línea #4. Condiciones de riesgo en salud

Línea Temática	Componente	Indicador
Condiciones de riesgo en salud	Tuberculosis (TB)	Incidencia de Tuberculosis general
		Porcentaje por tipo de Tuberculosis

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 66 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Línea Temática	Componente	Indicador
		Porcentaje de casos de coinfección tuberculosis / VIH SIDA
		Localización de la tuberculosis extrapulmonar
		Condición de la TB
		Clasificación según antecedente de tratamiento
	Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Incidencia de VIH/SIDA
		Mecanismo probable de transmisión
		Estadio clínico
		Tipo de prueba con la cual se confirmó el diagnóstico
	Desnutrición aguda en menores de 5 años de edad	Prevalencia de DNT aguda en niños <5 años
		Reincidencia de DNT aguda en niños <5 años
		Nivel educativo de la madre o cuidador
		Esquema de vacunación completo a la edad
		Bajo peso al nacer
		Inscrito a crecimiento y desarrollo
		Tipo de atención suministrada

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 67 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Línea Temática	Componente	Indicador
	Sífilis Gestacional	Razón de prevalencia de sífilis gestacional
		Condición al momento del diagnóstico
		Control prenatal en embarazo actual
		Edad gestacional al primer control prenatal
		Tratamiento de contactos
	Morbilidad Materna Extrema (MME)	Razón de morbilidad materna extrema
		Porcentaje de casos con tres o más criterios de inclusión
		Causa principal agrupada
		Número de gestaciones
		Número de controles prenatales


Anexo B2. Fichas de indicadores - Línea #4

Referencias

Becerra-Posada, F. (2011). Knowledge management in health: challenges and opportunities. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(2), 134–139.

Congreso de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral*. Diario Oficial No. 41148.

Congreso de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015. Ley Estatutaria de Salud*. Diario Oficial No. 49427.

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 68 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Hernández-Álvarez, M., & García-Ramírez, J. (2018). Los observatorios de salud: avances y retos en América Latina. *Revista de Salud Pública*, 20(3), 345–352.

Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). (2019). *Lineamiento técnico operativo para la construcción, gestión y evaluación de los observatorios de salud*. Bogotá: Minsalud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)*. Bogotá: Minsalud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Observatorio Nacional de Salud. Informe técnico*. Bogotá: Minsalud.

Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Nueva York: ONU.

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Observatorios de salud: una herramienta para apoyar la formulación de políticas basadas en evidencia*. OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Observatorios de Recursos Humanos en Salud: lecciones aprendidas en la Región de las Américas*. OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Monitoreo de la equidad en salud: un marco para la acción*. OPS.

World Health Organization. (1978). *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. WHO.

World Health Organization. (2021). *Global report on health data systems and capacity, 2020*. WHO.

World Health Organization & UNICEF. (2018). *Declaration of Astana on Primary Health Care*. WHO.

Fase de alistamiento Tercer trimestre 2025


El plan de trabajo del Observatorio en sus diferentes fases de desarrollo, para la fase de alistamiento se cuenta con nueve (9) metas, de las cuales a corte del tercer trimestre de 2025 se han cumplido siete (7) de ellas, correspondiente al 78%.

Se relacionan los siguientes avances de las tres metas alcanzadas para el tercer trimestre:

1. Informe de Evento o Tablero

a. Estrategia de atención primaria en salud Palmiranos Sanos ¡Bacano!

La estrategia Palmiranos Sanos ¡Bacano! En su primer avance de 2025 correspondiente a las comunas 1, 2, 3 y 14, atendió a 4.026 personas, concentradas principalmente en las comunas 1 (53

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 69 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

%) y 2 (21,6 %). Predominó la población femenina (68 %) y los grupos etarios de adultez (34 %) y vejez (28 %), lo que evidencia la participación activa de personas con enfermedades crónicas y adultos mayores. El régimen subsidiado representó el 94,6 % de los usuarios, lo que refleja la orientación del programa hacia poblaciones vulnerables. Además, el 17,5 % de los participantes presentó algún tipo de discapacidad, siendo más frecuentes las limitaciones de la conducta, disposición del cuerpo y locomoción.

Durante el periodo analizado se registraron 21.245 atenciones, siendo los servicios de laboratorio clínico (40,9 %), medicina general (16,1 %), fisioterapia (7,5 %) y psicología (7,1 %) los de mayor demanda. La atención prioritaria en estas áreas sugiere un enfoque integral que combina la vigilancia clínica, la salud mental y la rehabilitación funcional. Se destaca además la cobertura en programas de nutrición (4,9 %), adolescencia y adultez, consolidando una red de servicios que responde a los determinantes sociales y al ciclo vital.


Respecto a la morbilidad, las principales causas de consulta en medicina general fueron la hipertensión arterial esencial (7 %), hiperlipidemia (3,2 %), parasitosis intestinal (3 %) e hipotiroidismo (2,6 %), evidenciando la carga de enfermedad crónica y metabólica. En psicología, los diagnósticos más frecuentes correspondieron a episodios depresivos y trastornos de ansiedad (más del 25 % de las consultas), mientras que en nutrición predominaron la obesidad (11,6 %) y los desequilibrios alimentarios (14,9 %). En fisioterapia, sobresalieron las consultas por dolor articular (23 %), cervicalgia (12 %) y lumbalgia (5 %), lo que refleja la prevalencia de patologías musculoesqueléticas.

En conjunto, los resultados confirman que Palmiranos Sanos ¡Bacano! ha consolidado un modelo de atención primaria orientado a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas, con énfasis en la salud física, mental y nutricional. La cobertura alcanzada y la diversidad de servicios prestados fortalecen la red de atención comunitaria, posicionando el programa como una estrategia efectiva para mejorar la calidad de vida y reducir brechas en salud en los sectores urbanos y rurales más vulnerables de Palmira.

Anexo C1. Estadística Estrategia Palmiranos Sanos Bacano 2025-1

2.2. Artículo de divulgación “Abordaje integral de la nutrición infantil”

El artículo “Abordaje integral de la nutrición infantil: fortalecimiento del programa desde los principios de la Atención Primaria en Salud (APS)”, presentado por la E.S.E. Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira, a la revista de la Asociación de Hospitales del Valle del Cauca conocida como ASOHOSVAL, destaca la nutrición infantil como un determinante clave de la salud y el desarrollo humano. Bajo el marco de la APS, se plantea que una atención efectiva debe integrar acciones de promoción, prevención y control, articulando factores sociales, económicos y culturales que influyen en el bienestar de niños y niñas. El texto enfatiza la necesidad de políticas públicas que garanticen entornos alimentarios saludables, control prenatal y educación nutricional, reforzando la importancia de la vigilancia temprana de la desnutrición y el sobrepeso.

	FORMATO		FR17-GCA	
			Versión 01	Página 70 de 83
	INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

En desarrollo de esta visión, el hospital instauró en 2024 el Programa de Alteración Nutricional, alineado con la estrategia municipal Palmira te Cuida y la iniciativa Palmiranos Sanos ¡Bacano! Este programa ha consolidado un modelo intersectorial e integral que incluye la búsqueda activa de casos, la atención comunitaria, la cooperación con la Fundación Éxito y el uso del observatorio Dato Salud para el análisis epidemiológico. Además, se fortaleció la capacitación del talento humano en medidas antropométricas y tamizaje nutricional. En conjunto, el artículo resalta el compromiso institucional del HROB con la nutrición infantil como una prioridad ética, social y sanitaria, reafirmando que invertir en alimentación saludable es invertir en desarrollo humano sostenible.

Anexo C2. Artículo de divulgación Abordaje integral de la nutrición infantil - Revista ASOHOSVAL

2. Documento fichas de indicadores

Para el tercer trimestre se proyectó el avance del 75% restante de las fichas de los indicadores a vigilar desde el observatorio de atención primaria en salud. En este sentido, se listan en la siguiente tabla los indicadores de las tres líneas siguientes desarrolladas y se anexan las fichas de cada uno de ellos.


Tabla 1. Indicadores de la línea #1. Salud mental, #2. Eventos precursores. #3. Intervenciones colectivas y de APS

Línea Temática	Componente	Indicador
Salud Mental	Conducta suicida	Incidencia de intento de suicidio (IS)
		Incidencia de conducta suicida
		Estado civil
		Antecedente de Intento de Suicidio
		Número de intentos previos
		Factores de riesgo
		Factor desencadenante
	Violencia de género e intrafamiliar	Incidencia de violencia de género e intrafamiliar
		Modalidad de Violencia

Línea Temática	Componente	Indicador
		Tipo de Violencia No Sexual
		Actividad de la víctima
		Parentesco con la víctima (Agresor)
		Convive con el agresor (a)
		Ámbito de la violencia
	Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)	Prevalencia de IVE
		Recurrencia de IVE
		Embarazos previos
		Partos/cesarías previas
		Edad gestacional
	Trastornos de ansiedad y depresión	Incidencia de trastorno de ansiedad
		Incidencia de trastorno de depresión
		Clasificación de trastorno
		Ocupación
		Estado civil
	Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA)	Incidencia de consumo de SPA
		Ocupación
		Estado civil
		Tipo de SPA
	Eventos Precursores	Diabetes Mellitus (DM)
Prevalencia de DM		
Tipo de DM		

Línea Temática	Componente	Indicador
		Casos con ERC
		Casos con HTA
		Meta de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c <7%) *
		Control de la presión arterial (<140/90) *
		Medición de LDL en el último año*
		Meta LDL (<100 mg/dL) *
		Medición de creatinina en el último año*
		Medición de albuminuria en el último año*
		Índice de Masa Corporal (IMC) *
		Control del IMC (20-25 Kg/m ²) *
		Sin pérdida de la función renal Cockcroft (% pérdida TFG \leq 5ml/min/1,73 m ² en un año)
		Sin pérdida de la función renal CKD-EPI (% pérdida TFG \leq 5ml/min/1,73 m ² en un año)
	Hipertensión Arterial (HTA)	Incidencia de HTA
		Prevalencia de HTA
		Casos con ERC
		Casos con DM
		Control de la presión arterial (<140/90) *
		Medición de LDL en el último año*
		Meta LDL (<100 mg/dL) *
		Medición de creatinina en el último año*

Línea Temática	Componente	Indicador	
		Medición de albuminuria en el último año*	
		Índice de Masa Corporal (IMC)*	
		Control del IMC (20-25 Kg/m ²) *	
		Sin pérdida de la función renal Cockroft (% pérdida TFG ≤ 5ml/min/1,73 m ² en un año)	
		Sin pérdida de la función renal CKD-EPI (% pérdida TFG ≤ 5ml/min/1,73 m ² en un año)	
	Enfermedad Renal Crónica (ERC)		Incidencia de ERC
			Prevalencia de ERC
			Estadio de la ERC
			Requerimiento de Terapia de Reemplazo Renal (TRR)
			Etiología de la ERC
			Índice de Masa Corporal (IMC)
			Casos con DM
			Casos con HTA
			Casos con DM + HTA
Intervenciones colectivas y de Atención Primaria en Salud (APS)	Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)	Proporción de cobertura	
		Tipo de actividades	
		Eje estratégico del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031	
	Estrategia APS		Proporción de cobertura
			Tipo de actividades

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 74 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

* Población ≥ 18 años de edad, vivos y activos, sin diálisis ni trasplante

* Indicadores de Nefro protección en la población con HTA o DM, según CAC

Anexo C3. Fichas de indicadores - Línea #1

Anexo C4. Fichas de indicadores - Línea #2

Anexo C5. Fichas de indicadores - Línea #3

Fase de alistamiento Cuarto trimestre 2025

El plan de trabajo del Observatorio en sus diferentes fases de desarrollo, para la fase de alistamiento se cuenta con nueve (9) metas, de las cuales a corte del cuarto trimestre de 2025 se han cumplido las nueve (9), correspondiente al 100%.


Se relacionan los siguientes avances de las dos metas alcanzadas para el cuarto trimestre:

1. Informe de Evento o Tablero

a. Estrategia de atención primaria en salud Palmiranos Sanos ¡Bacano!

La Estrategia de Atención Primaria en Salud Palmiranos Sanos ¡Bacano!, implementada durante el año 2025 por el Hospital Raúl Orejuela Bueno en el municipio de Palmira, desarrolló acciones de atención y seguimiento en las comunas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 13, 14 y 16, evidenciando una cobertura territorial amplia y coherente con el enfoque comunitario de la Atención Primaria en Salud. La población atendida corresponde a habitantes de zonas urbanas con diferentes condiciones sociales y sanitarias, lo que refuerza el carácter integral y territorial de la estrategia.

Durante el periodo analizado se registró un volumen significativo de atenciones, concentradas principalmente en los servicios de medicina general, psicología, nutrición y dietética, fisioterapia y odontología general, lo que refleja un modelo de atención interdisciplinario. En medicina general se documentaron 1.515 atenciones, siendo las principales causas de consulta la hipertensión arterial esencial (371 atenciones; 24,5 %), la parasitosis intestinal (138; 9,1 %), la hiperlipidemia no especificada (131; 8,6 %), el dolor articular (125; 8,3 %) y el hipotiroidismo (117; 7,7 %). En conjunto, las enfermedades crónicas y metabólicas, junto con los trastornos osteomusculares, concentraron más de la mitad de las consultas de este servicio.

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 75 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

En el componente de psicología se registraron 815 atenciones, predominando los síntomas y signos que involucran el estado emocional (321; 39,4 %), seguidos de los problemas relacionados con hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar (116; 14,2 %) y el trastorno de ansiedad no especificado (90; 11,0 %). Los distintos tipos de episodios depresivos representaron de manera conjunta cerca del 17 % de las consultas, lo que evidencia una carga relevante de afectación en salud mental en los territorios intervenidos.

Desde nutrición y dietética se reportaron 1.022 atenciones, concentradas principalmente en la instrucción y vigilancia de la dieta (366; 35,8 %), los desequilibrios de los constituyentes de la dieta (177; 17,3 %) y la obesidad no especificada (168; 16,4 %). Al agrupar todas las categorías de obesidad, estas representaron aproximadamente el 27 % de las consultas nutricionales, coexistiendo con diagnósticos de desnutrición en menor proporción, lo que da cuenta de la doble carga nutricional presente en la población.

En fisioterapia se registraron 716 atenciones, siendo el dolor articular el principal motivo de consulta con 247 atenciones (34,5 %), seguido de la cervicalgia (127; 17,7 %), la mialgia y la postura anormal (82 atenciones cada una; 11,5 %), y la lumbalgia no especificada (66; 9,2 %). Este perfil refleja una alta prevalencia de alteraciones musculoesqueléticas y funcionales en los territorios priorizados.

Finalmente, en odontología general se registraron 824 atenciones, de las cuales el examen odontológico representó 747 consultas (90,7 %), evidenciando un fuerte énfasis en la detección temprana y la prevención. Las caries de la dentina correspondieron a 47 atenciones (5,7 %), mientras que otros diagnósticos como gingivitis y alteraciones de la erupción dentaria se presentaron en proporciones menores.


En conjunto, la información consolidada muestra que la estrategia Palmiranos Sanos ¡Bacano! durante 2025 respondió de manera pertinente a las principales necesidades de salud de las comunas intervenidas, con énfasis en el control de enfermedades crónicas, la salud mental, la nutrición, la funcionalidad física y la prevención en salud oral, fortaleciendo el modelo de Atención Primaria en Salud del municipio de Palmira.

Anexo D1. Estadística Estrategia Palmiranos Sanos Bacano 2025-2

2.2. Tablero de Tuberculosis

La base de datos consolidada de tuberculosis del periodo 2022–2025 del Hospital Raúl Orejuela Bueno, correspondiente al municipio de Palmira, incluye un total de 239 casos notificados y seguidos durante el periodo de análisis. La distribución temporal muestra que en 2022 se registraron 71 casos (29,7 %), en 2023 87 casos (36,4 %), en 2024 54 casos (22,6 %) y en 2025, con corte parcial, 27 casos (11,3 %), evidenciando un pico de notificación en 2023 y una reducción progresiva posterior.

Según el curso de vida, la mayor proporción de casos correspondió a población en adultez, con 140 casos (58,6 %), seguida de adultez mayor o vejez con 48 casos (20,1 %) y juventud con 42 casos (17,6

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 76 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

%). La adolescencia representó 9 casos (3,8 %). Este patrón confirma que la tuberculosis afecta principalmente a población en edad productiva y adultos mayores, grupos con mayor riesgo de exposición y comorbilidades.

En cuanto al grupo poblacional, la mayoría de los casos se clasificaron como otros grupos poblacionales con 130 casos (54,4 %), seguidos de población sin pertenencia a grupo específico con 85 casos (35,6 %). Se identificaron además habitantes de calle en 10 casos (4,2 %), migrantes en 7 casos (2,9 %), personas con discapacidad en 4 casos (1,7 %), población carcelaria en 2 casos (0,8 %) y casos aislados en población LGBTIQ+ (0,4 %). Estos hallazgos evidencian la presencia de tuberculosis en grupos con alta vulnerabilidad social.

La distribución territorial por comuna o localidad de residencia mostró una mayor concentración de casos en la comuna 1, con 84 casos (35,1 %), seguida de la comuna 3 con 31 casos (13,0 %), la comuna 7 con 28 casos (11,7 %), la comuna 4 con 22 casos (9,2 %) y la comuna 5 con 21 casos (8,8 %). Las comunas 2, 6 y 13 aportaron conjuntamente 39 casos (16,3 %), mientras que otras comunas presentaron una menor frecuencia. Esta distribución confirma la concentración de la carga de tuberculosis en territorios específicos del municipio.


Respecto al régimen de afiliación, el régimen subsidiado concentró la gran mayoría de los casos, con 206 personas (86,2 %). Le siguieron los no asegurados con 13 casos (5,4 %), el régimen especial con 11 casos (4,6 %) y el régimen contributivo con 6 casos (2,5 %). Esta distribución refleja una marcada asociación entre tuberculosis y condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.

En relación con el tipo de tuberculosis, predominó ampliamente la tuberculosis pulmonar, con 219 casos (91,6 %), mientras que la tuberculosis extrapulmonar representó 20 casos (8,4 %), lo que concuerda con el patrón epidemiológico clásico de la enfermedad.

Según la clasificación por antecedente de tratamiento, la mayoría de los casos correspondió a casos nuevos, con 217 registros (90,8 %), mientras que los previamente tratados representaron 22 casos (9,2 %), lo que indica una baja proporción de recaídas o retratamientos. En cuanto a la coinfección con VIH, 202 personas (84,5 %) tuvieron resultado negativo, 28 casos (11,7 %) fueron VIH positivos y 9 casos (3,8 %) no contaron con información registrada. La proporción de coinfección TB/VIH resalta la necesidad de mantener el tamizaje sistemático y el abordaje integral de ambas condiciones.

Finalmente, al analizar la condición de egreso, se observa que 65 casos (27,2%) finalizaron como curados, y 48 casos (20,1 %) como tratamiento terminado, lo que en conjunto representa cerca del 47 % de egresos favorables. No obstante, se registraron 23 fallecimientos durante el tratamiento (9,6 %) y 30 casos clasificados como pérdida en el seguimiento o abandono (12,6 %), además de otros desenlaces menos frecuentes como traslados, casos descartados y no evaluados, lo que evidencia desafíos persistentes en la adherencia terapéutica y el seguimiento oportuno.

En conjunto, la base de datos muestra que la tuberculosis en Palmira durante el periodo 2022–2025 afectó principalmente a población adulta, perteneciente al régimen subsidiado y residente en comunas

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 77 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

específicas del municipio, con predominio de la forma pulmonar y una proporción relevante de coinfección con VIH. Estos resultados aportan información clave para la focalización territorial, el fortalecimiento del seguimiento programático y la reducción de desenlaces desfavorables en el control de la tuberculosis.

Anexo D2. Estadística Tablero de EISP Tuberculosis

2. Evento científico

Para el cuarto trimestre se proyectó el desarrollo del **II Congreso de Salud Pública** del Municipio de Palmira. Este se llevó a cabo el 27 de noviembre de 2025, en el auditorio de la Universidad Santiago de Cali, con más de 100 personas inscritas. Se contó con las siguientes ponencias:

Conferencia “Actividad Física y Salud Mental en Cuidadores de Personas con Discapacidad Cognitiva”.

Mónica Andrea Rodríguez Cabal

Fisioterapeuta

Magíster en Gerontología y Atención Centrada en la Persona

Especialista en Cuidado del Paciente Adulto Crítico

Docente del Programa de Fisioterapia de la Universidad Santiago de Cali – Sede Palmira

Docente de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte

Conferencia "Tamizaje nutricional en primera infancia".

Juan David Araque Cardona

Nutricionista.

Coordinador de Nutrición HROB.

Conferencia "Sífilis en reemergencia: tendencias epidemiológicas, desafíos clínicos y brechas en el control".

Diego Mauricio Gómez García

Médico Familiar - Universidad del Valle

Epidemiólogo- Fundación Universitaria del Área Andina

Coordinador del Comité de Infecciones - PROA del HROB

Conferencia "Experiencias significativas en atención primaria en Salud: Palmiranos Sanos Bacano".

Clara Inés Sánchez Perafan

Médica Especialista en Epidemiología.

Magister en Salud Pública.

Doctoranda en Ciencias Biomédicas.

Gerente HROB.


	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 78 de 83
INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

Figura 1. Registro fotográfico



Anexo D3. Registro de inscripción al II Congreso de Salud Pública - Hospital Raúl Orejuela Bueno


Anexo D4. Brochure II Congreso de Salud Pública

Disposiciones finales del informe:

1. Metas e indicadores programados para la vigencia 2025 y su nivel de cumplimiento.

El cumplimiento de las metas en 2025 se centró en la creación de la infraestructura técnica y teórica del observatorio, organizada en tres fases principales:

- **Fase 1: Conceptualización (100% de cumplimiento):**
 - Meta: Establecer el fundamento legal y teórico del observatorio.

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 79 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

- Logro: Se completó la revisión de la normatividad internacional (como la Declaración de Astaná) y nacional (Ley Estatutaria 1751).
- Resultado: Definición de las líneas temáticas priorizadas y construcción del documento técnico base.
- **Fase 2: Alistamiento (100% de cumplimiento):**
 - Meta: Diseño de indicadores específicos y preparación de plataformas de difusión.
 - Logro: Se diseñaron indicadores que reflejan el comportamiento de eventos de interés en salud pública para cada línea temática.
 - Resultado: Definición de un micrositio web para la interacción con la comunidad académica e institucional.

Definición de Indicadores y Líneas Temáticas

El observatorio programó el monitoreo de indicadores clave para la proyección institucional, enfocados en las siguientes áreas de APS:


1. **Vigilancia y Monitoreo:** Indicadores diseñados para evaluar las condiciones de salud, factores de riesgo y determinantes sociales de la población atendida.
2. **Desempeño de Servicios:** Métricas orientadas a medir la calidad, accesibilidad e integralidad de los servicios de Atención Primaria en Salud prestados por el Hospital Raúl Orejuela Bueno.
3. **Gestión del Conocimiento:** Indicadores sobre la producción de estudios, informes y boletines epidemiológicos que orienten las políticas de intervención.

Nivel de Cumplimiento Global

Al cierre de 2025, el nivel de cumplimiento de las metas programadas para el año es del **100% en su etapa de constitución y alistamiento**. El observatorio logró pasar de una iniciativa gerencial en septiembre de 2025 a un dispositivo técnico plenamente estructurado y con indicadores definidos para su ejecución operativa continua.

Logros alcanzados.

- Institucionalización: Consolidación de DATO SALUD como un dispositivo técnico, científico y social para la toma de decisiones basada en evidencia dentro del hospital.
- Marco Normativo y Estratégico: Alineación del observatorio con estándares internacionales (Declaración de Astaná, ODS 3) y nacionales (Ley Estatutaria 1751, Política PAIS).
- Gestión del Conocimiento: Creación de un sistema para la recopilación sistemática y análisis de determinantes sociales de salud y equidad en el municipio.

	FORMATO	FR17-GCA	
	INFORME DE GESTIÓN	Versión 01	Página 80 de 83
		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

- Articulación Institucional: Posicionamiento de la APS como eje articulador del plan de desarrollo institucional del hospital.

Conclusiones.

- El observatorio trasciende la recopilación estadística convencional al integrar datos cualitativos y cuantitativos sobre accesibilidad y calidad de los servicios.
- Se establece como una herramienta fundamental para identificar necesidades emergentes y orientar respuestas oportunas en salud pública.
- DATO SALUD actúa como un puente entre la academia, el sector salud y la comunidad para fortalecer la transparencia en la gestión.

Recomendaciones


- Fortalecimiento de la Vigilancia: Mantener el monitoreo constante de los factores de riesgo y el desempeño de los servicios de APS para asegurar la mejora continua.
- Difusión de Resultados: Potenciar la producción de informes y estudios que sirvan de guía para futuras políticas y estrategias de intervención institucional.
- Participación Social: Fomentar la articulación intersectorial y la identificación de experiencias exitosas que puedan ser replicadas para fortalecer la atención primaria.
- Sostenibilidad: Asegurar la continuidad de la fase operativa tras el alistamiento de indicadores para garantizar que la evidencia generada impacte positivamente en la equidad en salud de la población.

16. CONCLUSIONES Y RETOS PARA LA VIGENCIA 2026

16.1 Logros Estratégicos Vigencia 2025

La vigencia 2025 representó un período de consolidación, fortalecimiento y avance institucional para el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. Los logros alcanzados reflejan el compromiso institucional con la calidad, la transparencia y la generación de valor público para la ciudadanía palmirana:

- Obtención de la recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad bajo la norma ISO 9001:2015, hito que consolida la cultura de calidad y la estandarización de los procesos institucionales.
- Primer lugar entre las entidades descentralizadas del municipio de Palmira en el Índice de Desempeño Institucional MIPG, con un puntaje del 66,6% (+11 puntos respecto a 2023).
- Facturación total de \$93.241.211.043, representando un crecimiento del 13% respecto a la vigencia 2024, en un contexto de crisis financiera sectorial.


	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 81 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

- Satisfacción institucional del 95%: 5.340 de 5.633 usuarios encuestados recomendarían el Hospital a su familia o amigos.
- Cero complicaciones quirúrgicas durante toda la vigencia 2025, con el 99% de las cirugías programadas ejecutadas exitosamente.
- 100% de éxito en el tratamiento de tuberculosis y tasa cero de mortalidad por esta enfermedad.
- Cumplimiento del 100% en los planes de capacitación (31 eventos), bienestar social (18 actividades) y SG-SST (395 actividades).
- 9 auditorías externas con promedio del 96% de cumplimiento, el 100% con resultado SATISFACTORIO.
- Reducción del 35% en el número de PQRS respecto a 2024, y disminución de solicitudes por humanización de 25 a 11.
- Conformación de la Comisión de Personal, primera en tres vigencias, garantizando el mérito y la carrera administrativa.
- Incremento del 60% en consultas de pediatría (de 4.754 en 2024 a 7.622 en 2025).
- Incorporación de cirugía laparoscópica como nueva tecnología quirúrgica institucional.
- Confiabilidad del inventario del almacén del 97% y 1.786 de 1.790 casos de mesa de servicios TIC cerrados.


16.2 Retos y Acciones Prioritarias para 2026

La información consolidada en el presente informe permite identificar los siguientes retos prioritarios para la vigencia 2026:

ÁREA / PROCESO	RETO IDENTIFICADO
Psiquiatría	Fortalecer la capacidad instalada: las consultas disminuyeron un 66% en 2025 (de 2.029 a 686). Revisar estrategias de contratación, programación de agendas y modalidades alternativas.
Parto espontáneo	Incrementar el indicador al $\geq 65\%$: promedio anual fue del 62%, con deterioro en el segundo semestre. Reforzar auditoría clínica de indicaciones de cesárea.

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 82 de 83
INFORME DE GESTIÓN		Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

ÁREA / PROCESO	RETO IDENTIFICADO
Hospitalización	Reducir sobreocupación (117%) y estancia promedio. Fortalecer auditoría concurrente con EAPB para agilizar autorizaciones y remisiones.
Tecnología Biomédica	Elaborar e implementar Plan de Reposición Tecnológica: 36% de equipos no pudo ser calibrado por obsolescencia. Fortalecer seguridad física del inventario.
Acreditación en Salud	Continuar avanzando: autoevaluación de 1,83 (meta 1,2 superada), pero se requiere cerrar brechas hacia la acreditación plena.
Central de Citas	Incrementar llamadas atendidas del 69% al 90% meta. Fortalecer la capacidad del call center institucional.
PTEE 2026	Reestructurar integralmente el Programa de Transparencia y Ética Empresarial con responsables claros y actividades medibles.
MIPG – Componente C5	Fortalecer Información y Comunicación. Finalizar las 4 actividades en gestión y la actividad reprogramada.
Gestión Documental	Actualizar el PINAR, implementar las Tablas de Retención Documental y fortalecer el proceso de archivística institucional.
Tamizaje auditivo	Superar debilidades en tamizaje auditivo en adolescentes y valoración fonoaudiológica, aumentando el talento humano especializado.

	FORMATO	FR17-GCA	
		Versión 01	Página 83 de 83
	INFORME DE GESTIÓN	Fecha Emisión: Septiembre de 2021 Fecha Revisión: Enero de 2026 Fecha Actualización: -	

ÁREA / PROCESO	RETO IDENTIFICADO
Adultez y Vejez	Fortalecer la capacidad instalada para los programas de adultez, vejez y tamizajes preventivos, que presentaron niveles deficientes.

«La Excelencia no es un destino al que hay que llegar, es un viaje que nunca termina»

Subgerencia Científica – Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E.


Clara Ines Sánchez Perafán

Gerente

Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E.

Palmira, Valle del Cauca – marzo de 2026