Carol C. Galán Sanchez

Asesora Integral de Sistemas Integrados

caritogalan74@gmail.com

carolgspsico@hotmail.com

INFORME DE GESTION Y EJECUCION DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

FECHA DEL INFORME:

DIA	MES	AÑO
3	08	2026

Informe No. 001 DE 2026

PERIODO INFORMADO:

Desde:

DIA	MES	AÑO
03	8	2026

Hasta:

DIA	MES	AÑO
31	8	2026

TIPO DE CONTRATO:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

DATOS GENERALES DEL CONTRATO OBJETO DEL PRESENTE INFORME

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. No.**CPS-114-2026**
CONTRATANTE: E. S. E. CENTRO DE SALUD SUCRE

CONTRATISTA: Carol Constanza Galan Sanchez

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ASESORÍA EXTERNA EN EL DESARROLLO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD, EN LOS COMPONENTES DEL SISTEMA UNICO DE HABILITACION, PROGRAMAS DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ESE CENTRO DE SALUD SUCRE.
SUPERVISOR: HERMES TORRALBA MARIN

VALOR DEL CONTRATO INICIAL: $ 15.600.000

FECHA ACTA DE INICIO: 03-07-2026

PLAZO INICIAL: CIENTO OCHENTA Y UN (181) DÍAS HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2026

FECHA DE FINALIZACIÓN INICIAL: 30-12-2026

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO INFORMADO

Durante el Período informado, el suscrito (a) realizó las siguientes actividades en cumplimiento del objeto contractual:

ÍTEMS	DESCRIPCION DE OBLIGACION CONTRACTUAL	FORMA COMO SE EJECUTÓ	EVIDENCIA
1	Implementar el programa de auditorías internas	Ejecución auditorias internas programadas	Anexo 01

Carol C. Galán Sanchez

Asesora Integral de Sistemas Integrados

caritogalan74@gmail.com

carolgspsico@hotmail.com

2	Asesorar, orientar y facilitar el proceso de desarrollo del sistema de gestión, integral y de calidad de la E.S.E. Centro de Salud Sucre, con base en los lineamientos definidos en el sistema obligatorio de la garantía de la calidad "SOGC" decreto 780 de 2016.	Socializacion gestion documental cargue Producción, calidad indicadores trimestre 2.	Anexo 02
3	Apoyar a los diferentes líderes de los procesos institucionales, en la formulación de los planes de acción por procesos, de acuerdo con lo señalado por el SOGC y las directrices de la gerencia.	Definición de acciones de mejoramiento resultado de auditorías externas y asistencias técnicas de la Secretaría de Salud departamental y Municipal.	Anexo 03
4	Diligenciar y evaluar los indicadores del proceso de mejoramiento continuo	Indicadores de gestión 2193, 408 y 256 trimestre 2.	Anexo 04
5	Realizar el seguimiento a la ejecución de los planes de mejora derivados del programa de Auditorías para el mejoramiento de la calidad PAMEC durante la presente vigencia 2016.	Seguimiento ejecución plan de acción PAMEC 2026 - trimestre 2	Anexo 05
6	Brindar asistencia técnica necesaria al personal de los diferentes procesos y áreas de la ESE, con el fin de dar cumplimiento a los lineamientos señalados en el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.	Documentación de 8 compromiso derivados de la evaluación trimestral a la gestión por parte de secretaria de salud Departamental:	Anexo 06
7	Gestionar los comités institucionales	Sustentación segundo trimestre comités trimestrales: Calidad, Historias clínicas, seguridad del paciente, ética hospitalaria.	Anexo 07

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Carol C. Galán Sanchez

Asesora Integral de Sistemas Integrados

caritogalan74@gmail.com

carolgspsico@hotmail.com

Se demuestra el cumplimiento de las obligaciones contractuales, así como con el pago de las planillas al sistema de seguridad social integral según corresponda, adjuntando copia de los soportes de pago.

VALOR A CANCELAR HONORARIOS	BASE COTIZACIÓN CONTRATISTA	PERIODO	No. PLANILLA:
$2.600.000	$2.300.000	Julio 2026	4656108254

OPERADOR	FECHA DE PAGO:	TOTAL PLANILLA
COOMEVA	08-07-2026	$ 667.600,00
TIPO ADMINISTRADORA	**ENTIDAD**	**VALOR APORTES**
EPS	Sanitas	$287.500
AFP	Porvenir	$380.000
ARL	Positiva	$12.100

ANEXOS Y DOCUMENTOS DE SOPORTE DEL PRESENTE INFORME

Al presente informe, anexo los siguientes documentos como soporte:

1. Las evidencias del cumplimiento de las actividades realizadas durante el período informado, reposan en archivo de la ESE.
2. Copia de la Planilla y Colilla de Pago de los Aportes al Sistema de Seguridad Social Integral
3. Cuenta de Cobro No. 01 de fecha tres (3) de agosto de dos mil veintiséis (2026)
4. Autorización para realización de Transferencia Electrónica a Cuenta Bancaria de la cual soy titular.

VALOR A PAGAR QUE SE SOPORTA CON EL PRESENTE INFORME

Valor total del Contrato	**$**	**15.600.000.ºº**
Valor Pago soportado con en este informe	$	2.600.000

Elaborado por,



NOMBRE: Carol C. Galan Sanchez
C.C. No. 46374692 DE SOGAMOSO
Contratista

Evidencias fotográfica:

Carol C. Galán Sanchez

Asesora Integral de Sistemas Integrados

caritogalan74@gmail.com

carolgspsico@hotmail.com

Anexo 01.

E.S.E CENTRO DE SALUD SUCRE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SUCRE	Codigo	SYC-FO-18
	SEGUIMIENTO Y EVALUACION AUDITORIAS	Fecha de emision	2025-04-11
	SEGUIMIENTO Y CONTROL	Versión	1

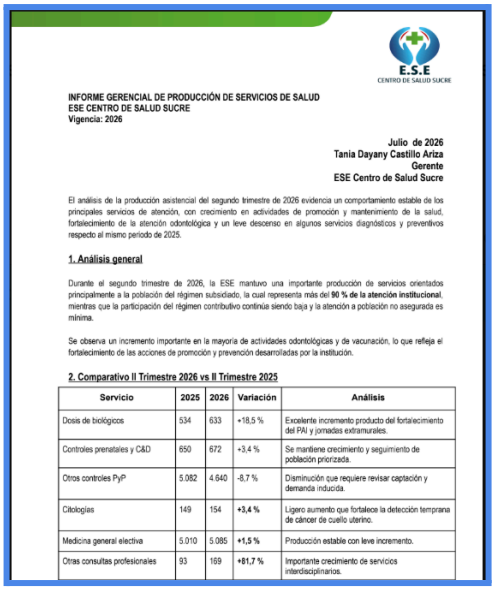
AÑO 2026	CALIDAD									CONTROL INTERNO									AUDITORIAS EXTERNAS								
	TRIMESTRE 1		TRIMESTRE 2		TRIMESTRE 3		TRIMESTRE 4		ACUMULADO	TRIMESTRE 1		TRIMESTRE 2		TRIMESTRE 3		TRIMESTRE 4		ACUMULADO	TRIMESTRE 1		TRIMESTRE 2		TRIMESTRE 3		TRIMESTRE 4		ACUMULADO
	P	R	P	R	P	R	P	R		P	R	P	R	P	R	P	R		P	R	P	R	P	R	P	R	
PLAN DE AUDITORIAS INSTITUCIONALES	0	0	3	3	3	0	2	0	37,50%	1	0	3	3	3	0	1	0	57,14%	2	2	3	3					100%
PLANES DE MEJORAMIENTO DEFINIDOS / CIERRE EFECTIVO	0	0	3	2	0	0	0	0	40%	0	0	1	0					57,14%	1	1	1	1					100%

	TRIMESTRE 1		TRIMESTRE 2		TRIMESTRE 3		TRIMESTRE 4		TOTAL
	P	R	P	R	P	R	P	R	
PLAN DE AUDITORIAS INSTITUCIONALES - GRANJA	0	0	1	1	1	0	0	0	50,00%
PLANES DE MEJORAMIENTO DEFINIDOS / CIERRE EFECTIVO	0	0	1	0	0	0	0	0	50,00%

	TRIMESTRE 1		TRIMESTRE 2		TRIMESTRE 3		TRIMESTRE 4		
	P	R	P	R	P	R	P	R	
PLAN DE AUDITORIAS INSTITUCIONALES PRADERA	0	0	1	1	0	0	1	0	50,00%
PLANES DE MEJORAMIENTO DEFINIDOS / CIERRE EFECTIVO	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!

	TRIMESTRE 1		TRIMESTRE 2		TRIMESTRE 3		TRIMESTRE 4		
	P	R	P	R	P	R	P	R	
PLAN DE AUDITORIAS INSTITUCIONALES SABANA	0	0	1	1	0	0	0	0	100,00%
PLANES DE MEJORAMIENTO DEFINIDOS / CIERRE EFECTIVO	0	0	1	0	0	0	0	0	100,00%

Anexo 02.



E.S.E
CENTRO DE SALUD SUCRE

INFORME GERENCIAL DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ESE CENTRO DE SALUD SUCRE
Vigencia: 2026

Julio de 2026
Tania Dayany Castillo Ariza
Gerente
ESE Centro de Salud Sucre

El análisis de la producción asistencial del segundo trimestre de 2026 evidencia un comportamiento estable de los principales servicios de atención, con crecimiento en actividades de promoción y mantenimiento de la salud, fortalecimiento de la atención odontológica y un leve descenso en algunos servicios diagnósticos y preventivos respecto al mismo periodo de 2025.

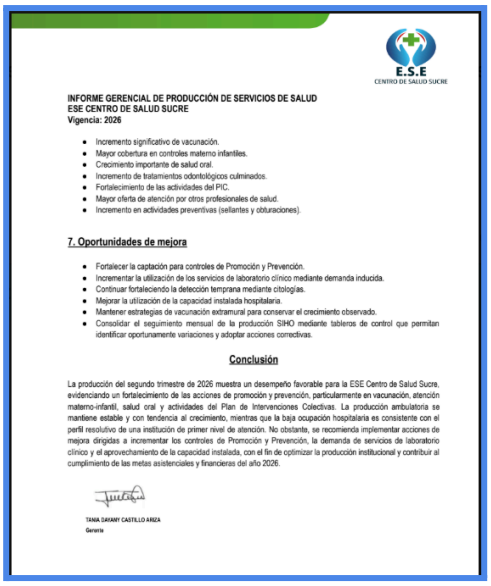
1. Análisis general

Durante el segundo trimestre de 2026, la ESE mantuvo una importante producción de servicios orientados principalmente a la población del régimen subsidiado, la cual representa más del **90 % de la atención institucional**, mientras que la participación del régimen contributivo continúa siendo baja y la atención a población no asegurada es mínima.

Se observa un incremento importante en la mayoría de actividades odontológicas y de vacunación, lo que refleja el fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención desarrolladas por la institución.

2. Comparativo II Trimestre 2026 vs II Trimestre 2025

Servicio	2025	2026	Variación	Análisis
Dosis de biológicos	534	633	+18,5 %	Excelente incremento producto del fortalecimiento del PAI y jornadas extramurales.
Controles prenatales y C&D	650	672	+3,4 %	Se mantiene crecimiento y seguimiento de población priorizada.
Otros controles PyP	5.082	4.640	-8,7 %	Disminución que requiere revisar captación y demanda inducida.
Citologías	149	154	**+3,4 %**	Ligero aumento que fortalece la detección temprana de cáncer de cuello uterino.
Medicina general electiva	5.010	5.085	**+1,5 %**	Producción estable con leve incremento.
Otras consultas profesionales	93	169	**+81,7 %**	Importante crecimiento de servicios interdisciplinarios.



E.S.E
CENTRO DE SALUD SUCRE

INFORME GERENCIAL DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ESE CENTRO DE SALUD SUCRE
Vigencia: 2026

- Incremento significativo de vacunación.
- Mayor cobertura en controles materno infantiles.
- Crecimiento importante de salud oral.
- Incremento de tratamientos odontológicos culminados.
- Fortalecimiento de las actividades del PIC.
- Mayor oferta de atención por otros profesionales de salud.
- Incremento en actividades preventivas (sellantes y obturaciones).

7. Oportunidades de mejora

- Fortalecer la captación para controles de Promoción y Prevención.
- Incrementar la utilización de los servicios de laboratorio clínico mediante demanda inducida.
- Continuar fortaleciendo la detección temprana mediante citologías.
- Mejorar la utilización de la capacidad instalada hospitalaria.
- Mantener estrategias de vacunación extramural para conservar el crecimiento observado.
- Consolidar el seguimiento mensual de la producción SIHO mediante tableros de control que permitan identificar oportunamente variaciones y adoptar acciones correctivas.

Conclusión

La producción del segundo trimestre de 2026 muestra un desempeño favorable para la ESE Centro de Salud Sucre, evidenciando un fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención, particularmente en vacunación, atención materno-infantil, salud oral y actividades del Plan de Intervenciones Colectivas. La producción ambulatoria se mantiene estable y con tendencia al crecimiento, mientras que la baja ocupación hospitalaria es consistente con el perfil resolutivo de una institución de primer nivel de atención. No obstante, se recomienda implementar acciones de mejora dirigidas a incrementar los controles de Promoción y Prevención, la demanda de servicios de laboratorio clínico y el aprovechamiento de la capacidad instalada, con el fin de optimizar la producción institucional y contribuir al cumplimiento de las metas asistenciales y financieras del año 2026.

TANIA DAYANY CASTILLO ARIZA
Gerente

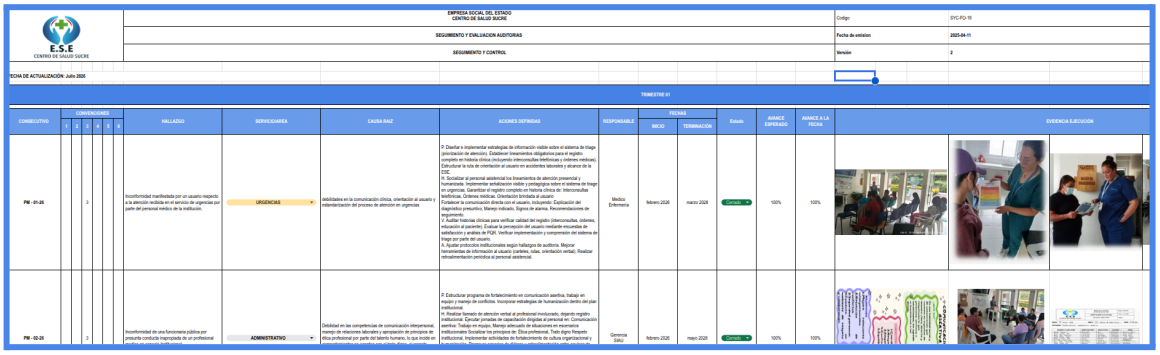
Anexo 03

Carol C. Galán Sanchez

Asesora Integral de Sistemas Integrados

caritogalan74@gmail.com

carolgspsico@hotmail.com

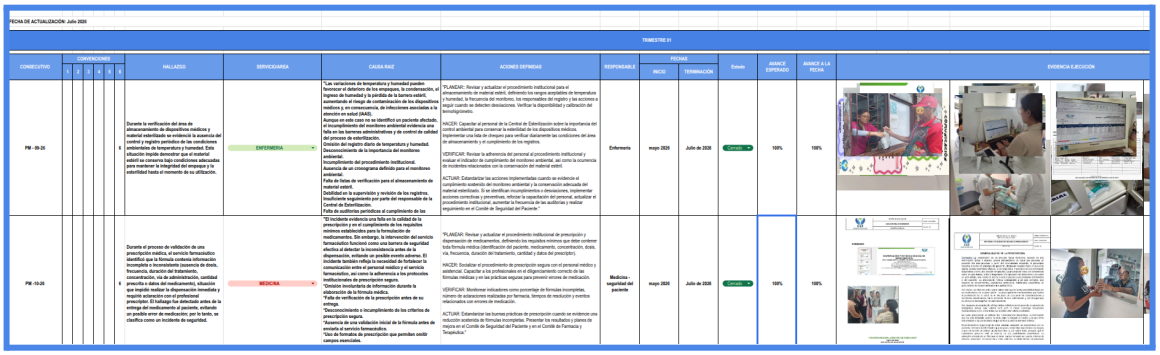


E.S.E CENTRO DE SALUD SUCRE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SUCRE	Codigo:	SYC-FO-19
	SEGUIMIENTO Y EVALUACION AUDITORAS	Fecha de emision	2025-04-11
	SEGUIMIENTO Y CONTROL	Version	2

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Julio 2026

TRIMESTRE 01

CONSECUTIVO	CONVENCIONES 1	2	3	4	5	6	HALLAZGO	SERVICIO/AREA	CAUSA RAIZ	ACCIONES DEFINIDAS	RESPONSABLE	FECHAS INICIO	FECHAS TERMINACIÓN	Estado	AVANCE ESPERADO	AVANCE A LA FECHA	EVIDENCIA EJECUCIÓN
PM - 01-26			3				Inconformidad manifestada por un usuario respecto a la atención recibida en el servicio de urgencias por parte del personal médico de la institución.	URGENCIAS	debilidades en la comunicación clínica, orientación al usuario y estandarización del proceso de atención en urgencias	P. Diseñar e implementar estrategias de información visible sobre el sistema de triage priorización de atención). Establecer lineamientos obligatorios para el registro completo en historia clínica (incluyendo interconsultas ferritinas y órdenes medicas). Reforzar la ruta de orientación al usuario en accidentes laborales y alcance de la CCE. H. Socializar al personal asistencial los lineamientos de atención presencial y humanizada. Implementar señalización visible y pedagogica sobre el sistema de triage en urgencias. Garantizar el registro completo en historia clínica de: Interconsultas Ferritinas, Ordenes medicas. Orientación brindada al usuario Fortalecer la comunicación directa con el usuario, incluyendo: Explicación del diagnóstico presuntivo, Manejo indicado, Signos de alarma, Recomendaciones de seguimiento. V. Auditar historias clínicas para verificar calidad del registro (interconsultas, órdenes, educación al paciente). Evaluar la percepción del usuario mediante encuestas de satisfacción y análisis de PQR. Verificar implementación y comprensión del sistema de triage por parte del usuario. A. Ajustar protocolos institucionales según hallazgos de auditoría. Mejorar herramientas de información al usuario (carteles, sala, orientación verbal). Realizar retroalimentación periódica al personal asistencial.	Medico Enfermera	febrero 2026	marzo 2026	Cerrado	100%	100%	
PM - 02-26			3				Inconformidad de una funcionaria pública por presunta conducta inapropiada de un profesional	ADMINISTRATIVO	Debilidad en las competencias de comunicación interpersonal, manejo de relaciones laborales y apropiación de principios de ética profesional por parte del talento humano, lo que incide en	P. Estructurar programa de fortalecimiento en comunicación asertiva, trabajo en equipo y manejo de conflictos. Incorporar estrategias de humanización dentro del plan de capacitación. H. Realizar llamada de atención verbal al profesional involucrado, dejando registro institucional. Ejecutar jornadas de capacitación dirigidas al personal en: Comunicación asertiva. Trabajo en equipo. Manejo adecuado de situaciones en escenarios institucionales Socializar los principios de: Ética profesional. Trato digno Respeto institucional. Implementar actividades de fortalecimiento de cultura organizacional y	Gerencia SAU	febrero 2026	mayo 2026	Cerrado	100%	100%	

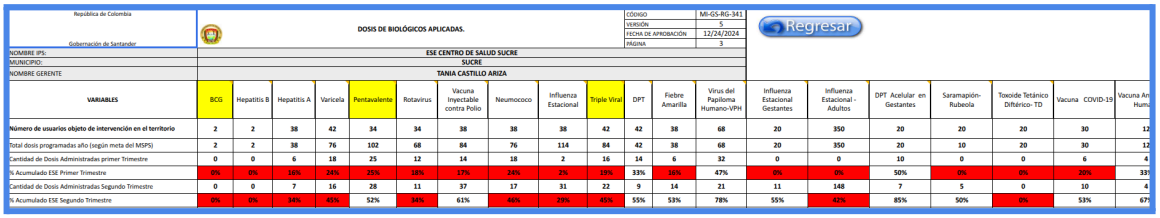


FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Julio 2026

TRIMESTRE 01

CONSECUTIVO	CONVENCIONES 1	2	3	4	5	6	HALLAZGO	SERVICIO/AREA	CAUSA RAIZ	ACCIONES DEFINIDAS	RESPONSABLE	FECHAS INICIO	FECHAS TERMINACIÓN	Estado	AVANCE ESPERADO	AVANCE A LA FECHA	EVIDENCIA EJECUCIÓN
PM - 09-25						6	Durante la verificación del área de almacenamiento de dispositivos médicos y material esterilizado se evidencia la ausencia del control y registro periódico de las condiciones ambientales de temperatura y humedad. Esta situación impide demostrar que el material estéril se conserva bajo condiciones adecuadas para mantener la integridad del empaque y la esterilidad hasta el momento de su utilización.	ENFERMERIA	"Las variaciones de temperatura y humedad pueden favorecer el deterioro de los empaques, la condensación, el ingreso de humedad y la pérdida de la barrera estéril, aumentando el riesgo de contaminación de los dispositivos estériles y la posible aparición de infecciones asociadas a la atención en salud (AAS). Aunque en este caso no se identificó un paciente afectado, el incumplimiento del monitoreo ambiental evidencia una falla en las barreras administrativas y de control de calidad del proceso de esterilización. Omisión del registro diario de temperatura y humedad. Desconocimiento de la importancia del monitoreo ambiental. Incumplimiento del procedimiento institucional. Ausencia de un cronograma definido para el monitoreo ambiental. Falta de listas de verificación para el almacenamiento de material estéril. Deficiencias en la supervisión y revisión de los registros. Insuficiente seguimiento por parte del responsable de la Central de Esterilización. Falta de auditorías periódicas al cumplimiento de los	Enfermeria	mayo 2026	Julio de 2026	Cerrado	100%	100%	
PM -10-26						6	Durante el proceso de validación de una prescripción médica, el servicio farmacéutico identificó que la fórmula contenía información incompleta o inconsistente (ausencia de dosis, frecuencia, duración del tratamiento, concentración, vía de administración, cantidad prescrita o datos del medicamento), situación que impide su dispensación inmediata y requirió aclaración con el profesional prescriptor. El hallazgo fue detectado antes de la entrega del medicamento al paciente, evitando un posible error de medicación; por lo tanto, se clasifica como un incidente de seguridad.	MEDICINA	"El incidente evidencia una falla en la calidad de la prescripción y en el cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos para la formulación de medicamentos. Sin embargo, la intervención del servicio farmacéutico funcionó como una barrera de seguridad efectiva al detectar la inconsistencia antes de la dispensación, evitando un posible evento adverso. El hallazgo también refleja oportunidades de mejora en la comunicación entre el personal médico y el servicio farmaceutico, así como la adherencia a los protocolos institucionales de prescripción segura. "Omisión involuntaria de información durante la elaboración de la fórmula médica. "Falta de verificación de la prescripción antes de su entrega. "Desconocimiento o incumplimiento de los criterios de prescripción segura. "Ausencia de una validación inicial de la fórmula antes de enviarla al servicio farmaceutico. "Uso de formatos de prescripción que permiten omitir campos esenciales.	Medicina - seguridad del paciente	mayo 2026	Julio de 2026	Cerrado	100%	100%	

ANEXO 04



República de Colombia

Gobernación de Santander

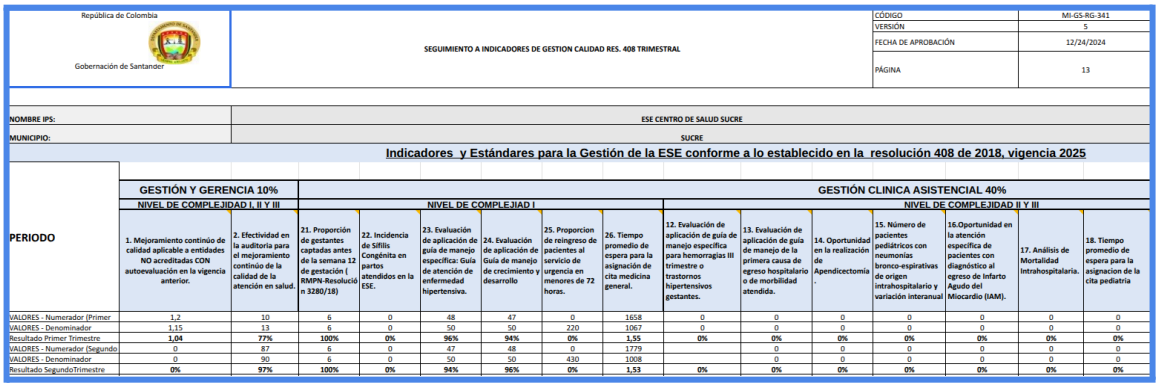
DOSIS DE BIOLÓGICOS APLICADAS.

CÓDIGO	MI-GS-RG-341
VERSIÓN	5
FECHA DE APROBACIÓN	12/24/2024
PÁGINA	3

Regresar

NOMBRE IPS:	ESE CENTRO DE SALUD SUCRE
MUNICIPIO:	SUCRE
NOMBRE GERENTE	TANIA CASTILLO ARIZA

VARIABLES	BCG	Hepatitis B	Hepatitis A	Varicela	Pentavalente	Rotavirus	Vacuna Inyectable contra Polio	Neumococo	Influenza Estacional	Triple Viral	DPT	Fiebre Amarilla	Virus del Papiloma Humano-VPH	Influenza Estacional Gestantes	Influenza Estacional - Adultos	DPT Acelular en Gestantes	Saramapión-Rubeola	Toxoide Tetánico Diftérico- TD	Vacuna COVID-19	Vacuna An Huma
Número de usuarios objeto de intervención en el territorio	2	2	38	42	34	34	38	38	38	42	42	38	68	20	350	20	20	20	30	12
Total dosis programadas año (según meta del MSPS)	2	2	38	76	102	68	84	76	114	84	42	38	68	20	350	20	10	20	30	12
Cantidad de Dosis Administradas primer Trimestre	0	0	6	18	25	12	14	18	2	16	14	6	32	0	0	10	0	0	6	4
% Acumulado ESE Primer Trimestre	0%	0%	16%	24%	25%	18%	17%	24%	2%	19%	33%	16%	47%	0%	0%	50%	0%	0%	20%	33%
Cantidad de Dosis Administradas Segundo Trimestre	0	0	7	16	28	11	37	17	31	22	9	14	21	11	148	7	5	0	10	4
% Acumulado ESE Segundo Trimestre	0%	0%	34%	45%	52%	34%	61%	46%	29%	45%	55%	53%	78%	55%	42%	85%	50%	0%	53%	67%



República de Colombia

Gobernación de Santander

SEGUIMIENTO A INDICADORES DE GESTION CALIDAD RES. 408 TRIMESTRAL

CÓDIGO	MI-GS-RG-341
VERSIÓN	5
FECHA DE APROBACIÓN	12/24/2024
PÁGINA	13

NOMBRE IPS:	ESE CENTRO DE SALUD SUCRE
MUNICIPIO:	SUCRE

Indicadores y Estándares para la Gestión de la ESE conforme a lo establecido en la resolución 408 de 2018, vigencia 2025

PERIODO	GESTIÓN Y GERENCIA 10% — NIVEL DE COMPLEJIDAD I, II Y III		GESTIÓN CLINICA ASISTENCIAL 40% — NIVEL DE COMPLEJIDAD I						NIVEL DE COMPLEJIDAD II Y III							
	1. Mejoramiento continúo de calidad aplicable a entidades NO acreditadas CON autoevaluación en la vigencia anterior.	2. Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continúo de la calidad de la atención en salud.	21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación (RMPN-Resolución 3280/18)	22. Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE.	23. Evaluación de aplicación de guía de manejo especifica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva.	24. Evaluación de aplicación de Guía de manejo de crecimiento y desarrollo	25. Proporcion de reingreso de pacientes al servicio de urgencia en menores de 72 horas.	26. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita medicina general.	12. Evaluación de aplicación de guia de manejo especifica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	13. Evaluación de aplicación de guia de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	14. Oportunidad en la realización de Apendicectomía .	15. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-espirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	16.Oportunidad en la atención especifica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM).	17. Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	18. Tiempo promedio de espera para la asignacion de la cita pediatria
VALORES - Numerador (Primer	1,2	10	6	0	48	47	0	1658	0	0	0	0	0	0	0	0
VALORES - Denominador	1,15	13	6	0	50	50	220	1067	0	0	0	0	0	0	0	0
Resultado Primer Trimestre	1,04	77%	100%	0%	96%	94%	0%	1,55	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
VALORES - Numerador (Segundo	0	87	6	0	47	48	0	1779		0	0	0	0	0	0	0
VALORES - Denominador	0	90	6	0	50	50	430	1008		0	0	0	0	0	0	0
Resultado SegundoTrimestre	0%	97%	100%	0%	94%	96%	0%	1,53	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Carol C. Galán Sanchez

Asesora Integral de Sistemas Integrados

caritogalan74@gmail.com

carolgspsico@hotmail.com

Tabla 3. Indicadores del monitoreo de la calidad para Prestadores de Servicios de Salud

Tabla 14. Tabla de t

TABLERO	CÓDIGO	INDICADOR	2 TRIMESTRE					
			RESULTADO	META	Distancia		Gravedad	Grado de
EFECTIVIDAD	P.1.1	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de	100%	95%	5%	4	4	16
	P.1.2	Proporción de gestantes con valoración por odontología	100%	100%	0%	4	4	16
	P.1.3	Proporción de partos por cesárea	NA	NA	0%	4	4	16
	P.1.4	Tasa de mortalidad perinatal	0%	0%	0%	4	4	16
	P.1.5	Relación morbilidad materna extrema/muerte materna temprana	0%	0%	0%	4	4	16
	P.1.6	Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo	NA	100%	0%	4	4	16
	P.1.7	Proporción de reingreso hospitalario por infección respiratoria	0%	0%	0%	4	4	16
	P.1.8	Letalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5	0%	0%	0%	4	4	16
	P.1.9	Letalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda	0%	0%	0%%	4	4	16
	P.1.10	Proporción de gestantes con asesoría pretest para prueba de virus	100%	100%	0%	4	4	16
	P.1.11	Proporción de niños y niñas menores de 18 meses hijos de madre	NA	NA	0%	4	4	16
	P.1.12	Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en	NA	NA	0%	4	4	16
	P.1.13	Proporción de pacientes hospitalizados por dengue grave	NA	NA	0%	4	4	16
	P.1.14	Proporción de personas con hipertensión arterial a las que se les	100%	100%	0%	4	4	16
	P.1.15	Proporción de personas con diabetes a las que se les realizó toma	100%	100%	0%	4	4	16
	P.1.16	Proporción de personas con diabetes mellitus a las que se les realiza	100%	100%	0%	4	4	16
	P.1.17	Proporción de personas con hipertensión arterial (HTA) estudiadas	100%	100%	0%	4	4	16
	P.1.18	Proporción de personas con diabetes mellitus estudiadas para	NA	0%	#VALUE!	4	4	16
	P.1.19	Proporción de personas en diálisis con hemoglobina mayor o igual a	NA	0%	0%	4	4	16
	P.1.20	Proporción de pacientes prevalentes en hemodiálisis con catéter	NA	0%	0%	4	4	16
	P.1.21	Proporción de mujeres entre los 50 y 69 años con toma de	94%	100%	6%	4	4	16
	P.1.22	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer	NA	0%	0%	4	4	16
	P.1.23	Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en	106%	100%	6%	4	4	16
	P.1.24	Tiempo promedio de espera entre el diagnóstico probable y el	NA	0%	0%	4	4	16
	P.1.25	Proporción de menores de 18 años que cumplen el estándar de 5	NA	0%	0%	4	4	16
RIDAD	P.2.1	Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico	NA	0%	0%	4	4	16
	P.2.2	Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter	NA	0%	0%	4	4	16
	P.2.3	Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a	NA	0%	0%	4	4	16
	P.2.4	Proporción de endometritis posparto vaginal	0%	0%	0%	4	4	16
	P.2.5	Proporción de endometritis poscesárea	0%	0%	0%	4	4	16
	P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	0%	0%	0%	4	4	16
	P.2.7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	0%	0%	0%	4	4	16
	P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	0%	0%	0%	4	4	16

Anexo 05

República de Colombia

Gobernación de Santander

FORMATO PARA SEGUIMIENTO A EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE PROCESOS SI

MUNICIPIO:	SUCRE
NIT DEL MUNICIPIO	890210883-7
NOMBRE DE ENTIDAD	ESE CENTRO DE SALUD SUCRE
NIT DE LA ENTIDAD	804008746-9
REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD	TANIA DAYANY CASTILLO ARIZA

Regresar

ESTANDAR / COMPETENCIA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	TOTAL ACCIONES DE MEJORA EJECUTADAS EN EL PERIODO	PORCENTAJE DE AVANCE A LA FECHA	FECHA DEL SEGUIMIENTO	SOPORTE /DOCUMENTO QUE EVIDENCIE LA EJECUCION
Código: (AsDPS): La institución es responsable de desarrollar e implementar estrategias que respalden los derechos de los pacientes y las familias, acompañantes y/o cuidadores durante la atención. CRITERIO: La institución desarrolla estrategias para la atención especial dirigida a la población vulnerable la cual ha sido previamente reconocida.	Fortalecer la implementación de estrategias inclusivas, garantizar la atención en salud con enfoque diferencial, asegurando el acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad a la población en condición de discapacidad.	19	51.35%	Julio 10 de 2026	1. Identificación de barreras de acceso y riesgos en la atención a la población en condicion de discapacidad. 2. Protocolo de atención con enfoque diferencial 3. Ruta de atención al cuidador 4.Jornadas de capacitación al talento humano. 5. Implementar ajustes razonables: Adecuaciones físicas señalización. Apoyos comunicativos (lenguaje claro, pictogramas). 6. Jornadas de capacitacion usuarios. 7. Cumplimiento del protocolo. Usuarios con discapacidad caracterizados.Cuidadores que reciben orientación. 8. Evaluar satisfacción de usuarios y cuidadores.
Estándar 57. (AsEJ7) El Usuario y su familia, acompañante o cuidador reciben la educación e información pertinente durante la ejecución de los exámenes, estudios o procedimientos de apoyo diagnóstico, que incluya como mínimo. Información previa al procedimiento: La institución garantiza que el usuario y/o su cuidador reciben información clara, suficiente y oportuna sobre el examen o procedimiento diagnóstico, incluyendo su finalidad, beneficios y preparación requerida. Orientación durante el procedimiento: Se brinda al usuario información e indicaciones sobre el desarrollo del procedimiento, su participación y las condiciones necesarias para su adecuada realización. Información sobre riesgos y seguridad: Se informa al usuario sobre posibles riesgos, molestias o complicaciones asociadas al procedimiento, así como las medidas de seguridad implementadas para prevenir eventos adversos. Consentimiento informado (cuando aplique): La institución garantiza la obtención del consentimiento	Garantizar un proceso estructurado, claro y verificable de educación al usuario, que asegure la comprensión, participación activa y seguridad del paciente, contribuyendo a la calidad en la atención y al cumplimiento de los estándares institucionales.	13	41.94%	Julio 10 de 2026	1. Identificación de barreras de acceso a la información (idioma, alfabetización, conectividad, distancia geográfica). 2. Materiales educativos pertinentes (audios, infografías, guías impresas, videos cortos, lenguaje sencillo). 3. Definición de canales de comunicación accesibles (teléfono, WhatsApp, visitas extramurales, PIC, APS). 4. Cronograma de Capacitación al talento humano 5. Capacitarción al personal en estrategias de educación para zonas

ESTANDAR / COMPETENCIA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	TOTAL ACCIONES DE MEJORA EJECUTADAS EN EL PERIODO	PORCENTAJE DE AVANCE A LA FECHA	FECHA DEL SEGUIMIENTO	SOPORTE /DOCUMENTO QUE EVIDENCIE LA EJECUCION
Codigo (AsPL8): La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuarios.	Fortalecer la planeación, implementación y evaluación de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la E.S.E. Centro de Salud Sucre.	17	56.67%	Julio 10 de 2026	1. Evaluación anual del Programa IAMI, identificando brechas en cobertura, acceso y calidad en el municipio de Sucre. 2. Definición plan de fortalecimiento del programa, con enfoque territorial y diferencial. 3. Plan anual de capacitación al talento humano en atención materno-perinatal e IAMI. 4. Desarrollo del plan de fortalecimiento del Programa IAMI. 5. Capacitaciones al talento humano en atención integral materno-infantil.(8). 6. Demanda inducida - captación temprana de gestantes, mediante 7. Búsqueda activa en bases de datos. 8. Jornadas extramurales, brigadas de salud y estrategias APS en zonas rurales dispersas. 9. Fortalecimiento demanda inducida y seguimiento a gestantes, incluyendo visitas domiciliarias cuando se requiera. 10.Estrategias de información, educación y comunicación adaptadas al contexto rural. 11. Analisis resultados en comités institucionales (calidad, PyP, IAMI). 12. Evaluación del impacto en la población (reducción de riesgos materno-perinatales, adherencia)"
Estándar 4. Código: (AsAC10): La institución informa a la comunidad sobre sus servicios, rutas de atención y cómo obtener atención integral y evalúa a los pacientes para identificar si sus necesidades de atención en salud coinciden con la misión y los recursos de la organización. Criterios: 1 La ruta de atención de los pacientes está diseñada para proporcionar una atención eficiente y un acceso uniforme en función de las necesidades del paciente. 2. La institución diseña y lleva a cabo procesos para proporcionar la continuidad de los servicios de atención al paciente y la coordinación entre los profesionales de la salud. 3. Se conoce la satisfacción de los usuarios respecto a la accesibilidad a los servicios de la institución y se definen las actuaciones necesarias para mantener la satisfacción en los niveles esperados o mejores. 4. La institución facilita una guía de información sobre los servicios que ofrece y su funcionamiento. 5. Las guías de información están accesibles a los usuarios a través de más de un canal de difusión.	Garantizar una ruta integral, accesible, continua y centrada en el usuario para el binomio madre-hijo, que asegure la captación temprana, atención oportuna, continuidad del cuidado y adecuada articulación institucional y comunitaria	18	43.90%	Julio 10 de 2026	1. Documentación de protocolos de atención integral y rutas de atención. 2. Estrategias de información y educación a la comunidad (guías, material educativo, canales de difusión). Documentadas y en despliegue. 3. Identificar necesidades de capacitación del talento humano (encuestas de pulso). 4. Implementación de la ruta de ingreso y atención del binomio madre-hijo. 5. Socialización de protocolos, rutas y programas con el equipo de salud. 6. Capacitación del talento humano en atención materno-perinatal, captación temprana y priorización. 7. Implementación de estrategias intramurales y extramurales (consulta, brigadas, visitas domiciliarias). 8. Educación a usuarias, familias y cuidadores en la ruta de atención, factores de riesgo y corresponsabilidad. 9. Difución de la información institucional a través de múltiples canales

ESTANDAR / COMPETENCIA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	TOTAL ACCIONES DE MEJORA EJECUTADAS EN EL PERIODO	PORCENTAJE DE AVANCE A LA FECHA	FECHA DEL SEGUIMIENTO	SOPORTE /DOCUMENTO QUE EVIDENCIE LA EJECUCION
Estándar 28 - AsEV5 La Institución garantiza una adecuada información y vigilancia epidemiológica, así como la ejecución de las acciones de promoción y mantenimiento de la salud pública	Fortalecimiento de la estrategia institucional de información, educación y comunicación para la salud orientada a la detección temprana del cáncer de cuello uterino, con el fin de incrementar la captación efectiva de la población objeto (mujeres de 25 a 65 años)	10	35.71%	Julio 10 de 2026	1. Diseño e implementacion de la estrategia : "CUIDA TÚ VIDA, HAZTE LA CITOLOGÍA" 2. Elaboración de material educativo (cuñas radiales, mensajes de texto y WhatsApp) con lenguaje claro sobre el esquema 1-3-3 (citología y ADN-VPH) según normatividad vigente. 3. Desarrollo de Jornadas extramurales la "Citología al barrio/vereda" en articulación con estrategias PIC y APS. 4. Toma humanizada de muestras, con privacidad y educación individual sobre el proceso y entrega de resultados. 6. Trazabilidad base de datos, inasistentes y demanda inducida.
Estándar 17. Código: (AsEVA5) La institución garantiza que, de acuerdo con el tipo de servicios que presta, los grupos poblacionales y los determinantes sociales,se evalúan sistemáticamente las atenciones realizadas de promoción y mantenimiento de la salud, tomando como base las historias clínicas y los registros asistenciales y estas dan respuesta a las necesidades que se identificaron én la planeación y evaluación al ingreso. * Se evalúa el cumplimiento de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud de acuerdo con la normatividad vigente y se mide la adherencia de los usuarios y los resultados en salud * Cuenta con un mecanismo para evaluar las causas de no adherencia y propone, implementa y evalúa sus resultados. * Se evalúa si las atenciones realizadas en cumplimiento de las estrategias de promoción y mantenimiento de la salud dan respuesta a la planeación y evaluación de las necesidades evaluadas.	Fortalecimiento del análisis de adherencia de los usuarios a las actividades de promoción y mantenimiento de la salud, mediante la implementación de mecanismos sistemáticos que permitan identificar causas de inasistencia o abandono	10	52.63%	Julio 10 de 2026	1. Plan de análisis de adherencia a las actividades de promoción y mantenimiento de la salud. 2. Identificación de causas de no adherencia (encuestas, llamadas, visitas domiciliarias, análisis de bases de datos). Clasificar causas según determinantes sociales (acceso geográfico, económicos, culturales, administrativos). 3. Estrategias diferenciales según tipo de población (urbana vs rural dispersa). 4. Implementación de herramientas de identificación de causas de no adherencia. 5. Reprogramación activa de citas. Jornadas extramurales en zonas rurales.Educación personalizada a usuarios y cuidadores.

Anexo 06

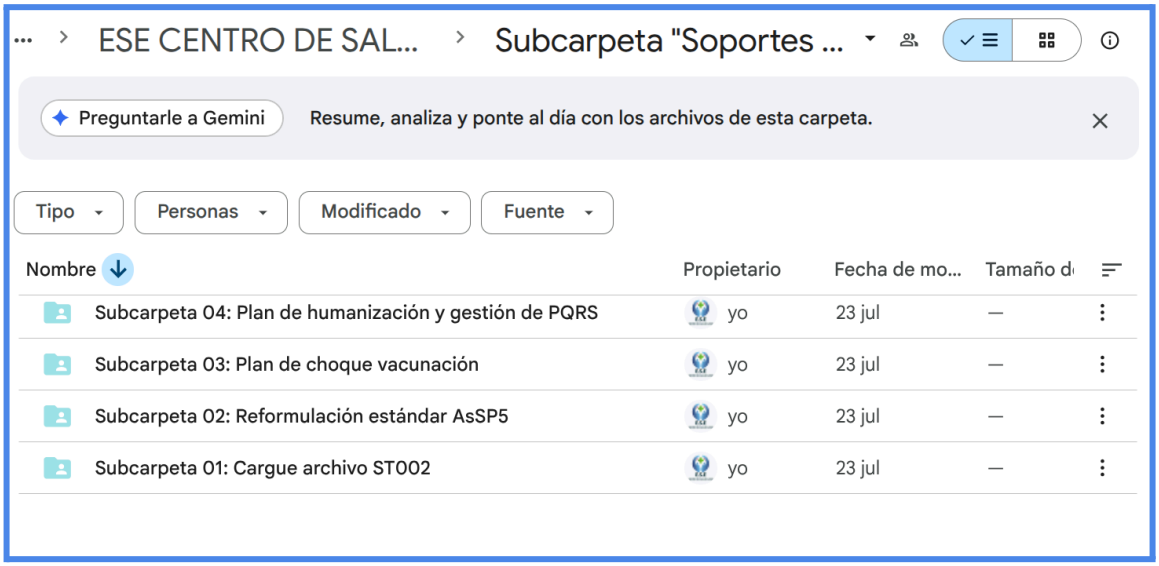


Carol C. Galán Sanchez

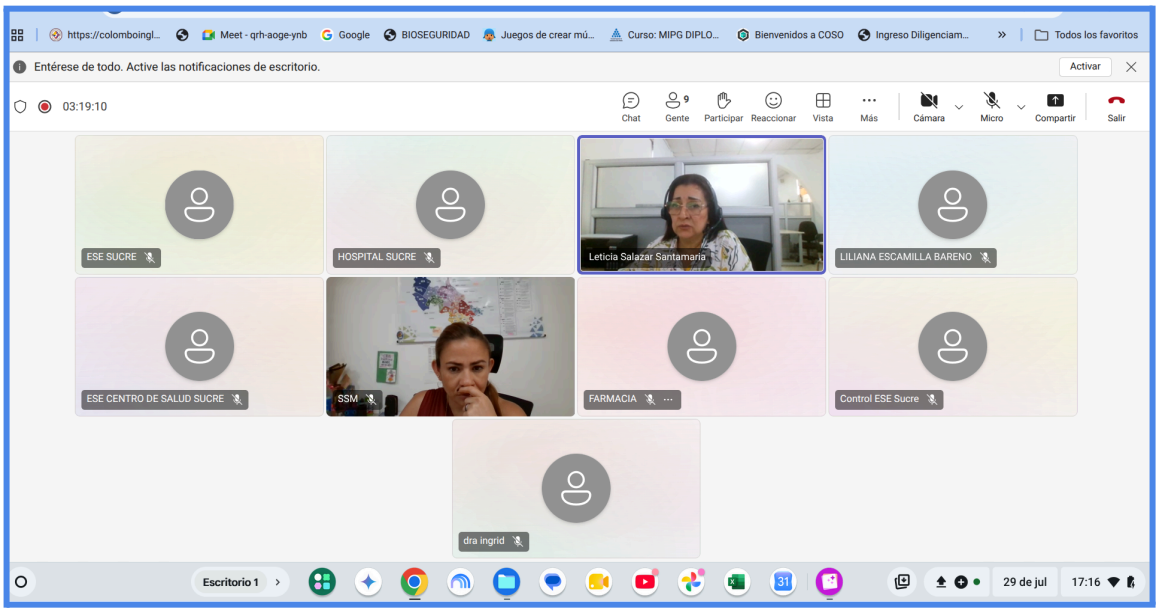
Asesora Integral de Sistemas Integrados

caritogalan74@gmail.com

carolgspsico@hotmail.com



Anexo 07

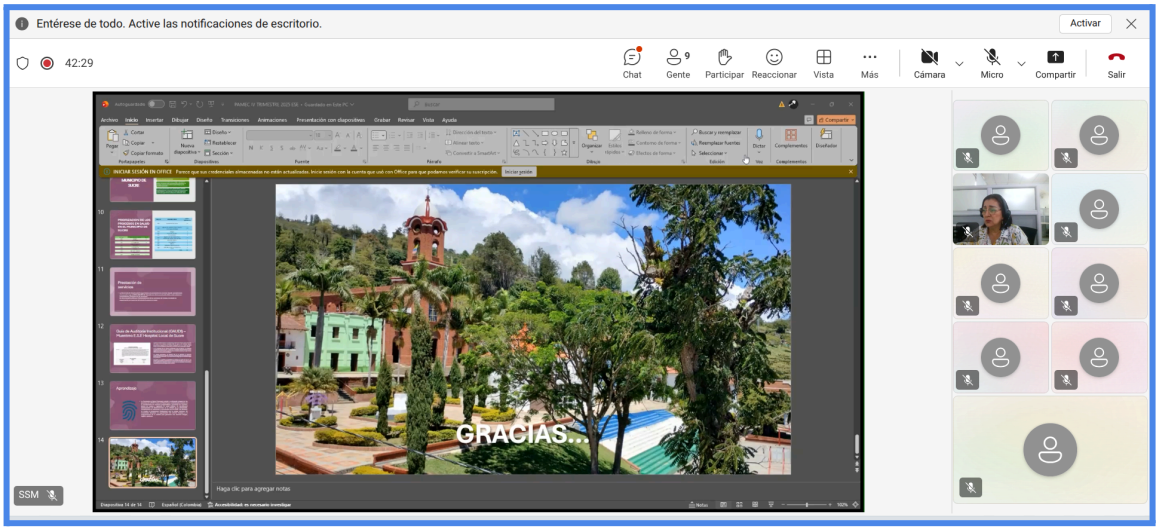


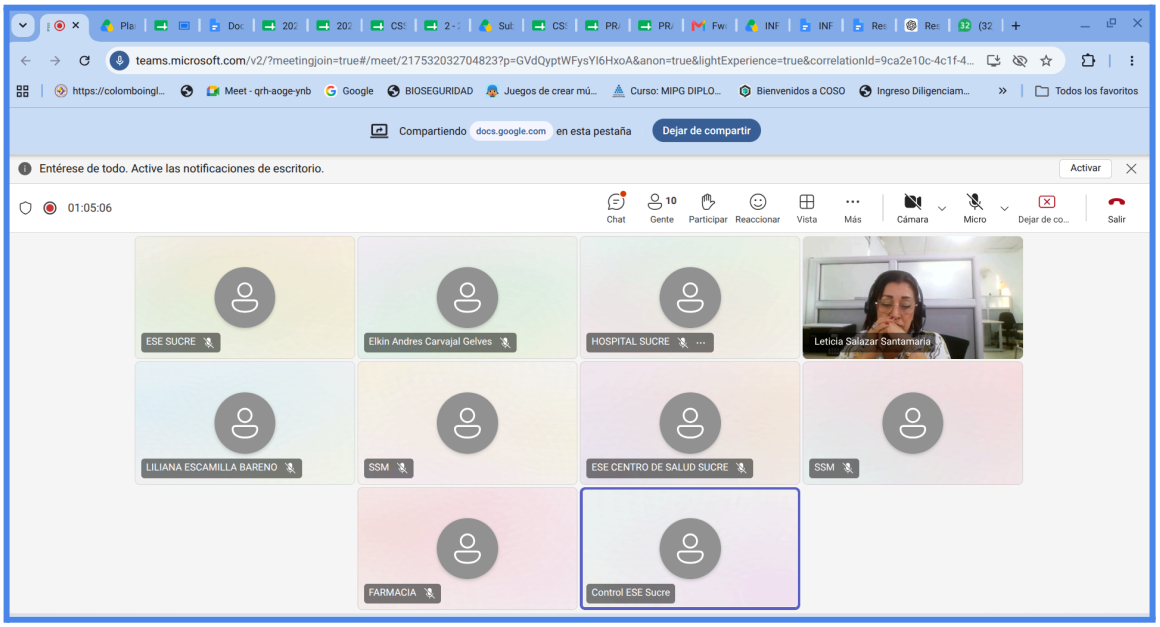
Carol C. Galán Sanchez

Asesora Integral de Sistemas Integrados

caritogalan74@gmail.com

carolgspsico@hotmail.com





Carol C. Galán Sanchez

Asesora Integral de Sistemas Integrados

caritogalan74@gmail.com

carolgspsico@hotmail.com