INFORME DE GESTIÓN PARA RENDICIÓN DE CUENTAS
VIGENCIA 2025

DIANA CAROLINA VELASQUEZ MUÑOZ

Gerente

BLANCA LILIANA FERNANDEZ

Subgerente Promoción y Mantenimiento de la Salud

YAZMIN ELIANA VALENCIA

Subgerente Científica Asistencial

IVAN MAURICIO ESCOBAR

Subgerente Administrativo y Financiero

DARWIN STEVEN ZAPATA

Jefe de Planeación

RODRIGO ALBERTO GARCÉS

Jefe Talento Humano

JORGE ALBERTO BUITRAGO

Jefe Oficina Asesora Jurídica

Red de Salud de Ladera E.S.E.

Febrero 3 de 2026

VIGILADO Supersalud

Red de Salud de Ladera · E.S.E.

Contenido

INTRODUCCIÓN 3

1. GESTIÓN INSTITUCIONAL EN LA VIGENCIA 2025 5

2. INFORMACIÓN SOBRE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 203

2.1 INDICADORES DE CALIDAD Y OPORTUNIDAD 204

3. INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA VIGENCIA 237

4. SATISFACCIÓN DE USUARIOS 264

5. INFORME DE LOGROS PARTICIPACIÓN SOCIAL 306

LOGROS DE LA VIGENCIA 314

VIGILADO Supersalud

INTRODUCCIÓN

El presente informe tiene como propósito evidenciar de manera integral la gestión desarrollada durante la vigencia 2025 por la Red de Salud de Ladera E.S.E., en el marco de su misión institucional y como insumo fundamental para el ejercicio de rendición anual de cuentas a la ciudadanía. Este proceso se fundamenta en los principios de transparencia, publicidad, participación y responsabilidad en la gestión pública, consagrados en la Constitución Política de Colombia, así como en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998, la Ley 1474 de 2011, la Ley 1757 de 2015 y las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, que establecen la obligación de las entidades públicas, incluidas las Empresas Sociales del Estado, de informar, explicar y someter al control social los resultados de su gestión.

En este sentido, el informe presenta de manera estructurada los principales logros, avances y retos de la E.S.E. en las distintas dimensiones de su quehacer misional, administrativo, financiero y social, permitiendo a la ciudadanía y a los grupos de valor conocer cómo se administraron los recursos públicos y cuál fue el impacto de la gestión en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Durante el año 2025, la Red de Salud de Ladera E.S.E. alcanzó un cumplimiento superior al 95 % de las metas programadas en el Plan de Desarrollo Institucional. Entre los logros más relevantes se destacan el impacto social de los proyectos de Equipos Básicos de Salud, Jóvenes en Paz y CAMAD; la apertura y puesta en funcionamiento de la sala de ginecobstetricia; el inicio de las obras del proyecto de reposición de la IPS Terrón Colorado; la modernización de cuatro (4) IPS y la adquisición de una (1) unidad móvil de atención en salud, acciones orientadas al fortalecimiento de la capacidad instalada y a la mejora en el acceso y la calidad de los servicios de salud para la población.

Los resultados obtenidos en la vigencia 2025 evidencian que la hoja de ruta institucional se orienta a posicionar a la E.S.E. como referente en atención materno-perinatal, salud mental y salud familiar y comunitaria, al tiempo que consolida procesos estratégicos asociados a la sostenibilidad administrativa y financiera, la experiencia del usuario y la gestión del conocimiento, con la academia como aliada estratégica para el fortalecimiento institucional.

De igual forma, la entidad avanzó en la adopción de prácticas orientadas a la mitigación del cambio climático y a la disminución del impacto ambiental derivado de la prestación de los servicios de salud, integrando estos enfoques de manera transversal a la gestión institucional, como expresión del compromiso gerencial con la sostenibilidad ambiental. Adicionalmente, se resaltan los avances en el proceso de transformación cultural y organizacional encaminado a la Acreditación en Salud, los cuales han contribuido al cumplimiento de altos estándares de calidad y seguridad en la atención.

Finalmente, el informe consolida los resultados de las metas de gestión, los indicadores de calidad, la satisfacción del usuario, los resultados en salud y la gestión financiera del periodo, constituyéndose en un ejercicio de sustentación técnica y transparente de la gestión alcanzada por la Red de Salud de Ladera E.S.E. durante el año 2025, en cumplimiento de su responsabilidad legal y social frente a la ciudadanía.

VIGILADO Supersalud

1. GESTIÓN INSTITUCIONAL EN LA VIGENCIA 2025

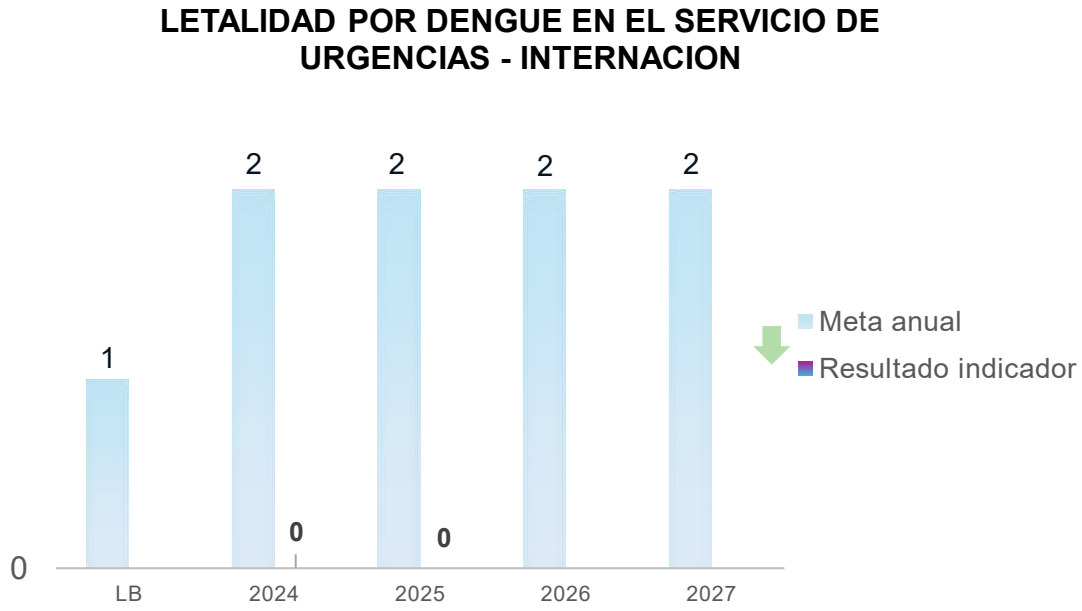
El año 2025 representa la capacidad institucional y el liderazgo para cumplir el 96% de las metas estratégicas propuestas para el periodo, pues los resultados evidencian el cumplimiento de 43 de 45 de los indicadores del Plan Operativo Anual 2025. Es así como, durante la vigencia 2025, la Red de Salud de Ladera avanzo considerablemente en el cumplimiento de los objetivos del Plan de Desarrollo Institucional **"Camino seguro confiando en ti" (2024-2028)**. La gestión se enfocó en el fortalecimiento de la atención primaria, la salud mental y la ruta hacia la **Acreditación en Salud**.

Los propósitos de este plan son una apuesta estratégica para el fortalecimiento de la Red de Salud de Ladera como Empresa Social del Estado del Distrito de Santiago de Cali, que con treinta y siete (37) instituciones prestadoras de servicios de salud, hace presencia en el 82% del territorio caleño, en las comunas urbanas y los corregimientos rurales de la zona de ladera de la ciudad. El 95% de nuestro territorio de influencia, está en la ruralidad, por lo que ha representado un reto de inclusión: lograr servicios más accesibles, oportunos y efectivos. La responsabilidad con el bienestar de la ciudadanía se expresa en los ejes estratégicos y objetivos cumplidos en el periodo 2024-2025 del Plan de Desarrollo, pues estos buscan aportar al mejoramiento de los determinantes sociales del territorio, con servicios, programas y proyectos de salud, para beneficio de la población. Este plan busca posicionar a la E.S.E. como referente en atención materno-perinatal, salud mental y salud familiar y comunitaria, a la vez que pretende fortalecerla en sostenibilidad administrativa y financiera, experiencia del usuario y gestión del conocimiento, con la academia como aliada estratégica. Promover prácticas para la mitigación del cambio climático y la disminución del daño ambiental en la prestación de servicios, será una constante y se integra a la ruta de la gestión, como parte del compromiso gerencial con el cuidado del ambiente. Este plan significa también una hoja de ruta para lograr la Acreditación en Salud, pues constituye uno de los ejes estratégicos de la gestión, con el que se espera movilizar los procesos de mejoramiento continuo de la E.S.E.

A continuación, se presentan los resultados alcanzados en el año 2025

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1 Y 7: 1. Fortalecer la calidad de la atención en salud y 7. Lograr la acreditación en salud.

INDICADOR: Letalidad por dengue en el servicio de Urgencias / internación.



La gráfica evidencia que, en los periodos culminados (LB, 2024 y 2025), el resultado del indicador se mantiene en **0**, reflejando un **cumplimiento sostenido de la meta anual**. Los valores de **2026 y 2027** corresponden a **proyecciones establecidas a partir de la meta anual** para efectos de seguimiento y planeación.

OBJETIVO ESPECIFICO: Evitar la mortalidad por dengue en los pacientes atendidos en el servicio de urgencias / internación de la Red.

ANALISIS: Durante la vigencia 2025, el indicador Letalidad por dengue en el servicio de urgencias / internación evidenció un desempeño altamente satisfactorio, con cumplimiento sostenido de la meta institucional (≤ 0,20 %) en la totalidad de los periodos evaluados.

El resultado del indicador se mantuvo en 0,00 % durante los cuatro trimestres del año, reflejando la efectividad de los procesos clínicos, asistenciales y de vigilancia

epidemiológica, así como la adecuada gestión del riesgo en la atención de pacientes con enfermedades transmitidas por vectores.

La estabilidad del resultado, independiente de la variación en el volumen de casos atendidos por periodo, demuestra la madurez del sistema de atención, la capacidad resolutiva de los servicios de urgencias e internación y la aplicación consistente de los lineamientos técnicos y científicos institucionales. Este comportamiento evidencia el cumplimiento de los principios de seguridad del paciente, atención segura y atención basada en la evidencia, así como la implementación efectiva de procesos estandarizados, que garantizan una adecuada clasificación clínica, un manejo oportuno y un seguimiento permanente de los casos atendidos.

Asimismo, se destaca la articulación funcional entre los componentes asistenciales y de vigilancia epidemiológica, lo cual permite la identificación temprana de riesgos y la toma oportuna de decisiones clínicas orientadas a la prevención de desenlaces adversos. De igual manera, el desempeño sostenido del indicador refleja un compromiso institucional con la mejora continua, expresado en resultados estables y consistentes a lo largo del tiempo.

En este sentido, el indicador se consolida como una fortaleza institucional, aportando de manera significativa al logro de los objetivos estratégicos relacionados con la calidad de la atención y al avance progresivo hacia la Acreditación en Salud.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- **Educación continua a usuarios y familias** sobre dengue, enfocada en la identificación temprana de signos de alarma, la no automedicación, la consulta oportuna a los servicios de urgencias y las medidas de prevención para evitar la propagación del vector.
- **Capacitación permanente del talento humano asistencial**, garantizando que el personal cuente con **certificación vigente en manejo de dengue** (curso OMS) y conocimiento actualizado de las guías institucionales.
- **Vigilancia epidemiológica continua**, con seguimiento sistemático de los casos atendidos en los servicios de urgencias e internación.
- **Aplicación consistente de las guías y protocolos institucionales**, fortaleciendo la calidad de la atención clínica y contribuyendo al mantenimiento de una baja letalidad por dengue.
- **Adecuado manejo clínico de los pacientes**, basado en hidratación oportuna, monitorización permanente y toma de decisiones clínicas según la evolución de cada caso.

- **Compromiso humano y profesional del equipo asistencial** con la seguridad del paciente, manteniendo una vigilancia constante que permite sostener los resultados alcanzados y fortalecer la atención segura.

RETOS:

- Fortalecer las acciones orientadas a la sostenibilidad del resultado, garantizando la continuidad de las estrategias que han permitido el cumplimiento de la meta del indicador.
- Reforzar el proceso de triage y detección temprana, asegurando la identificación oportuna de pacientes con signos de alarma.
- Mantener la capacitación continua del personal asistencial, mediante cursos de actualización en dengue ofrecidos por la OPS/OMS.
- Fortalecer la educación al paciente y su familia, promoviendo el autocuidado y la consulta temprana.
- Consolidar el manejo integral de los pacientes en observación e internación, asegurando continuidad y oportunidad en la atención.
- Continuar con la vigilancia de casos graves y eventos de mortalidad, fortaleciendo el análisis oportuno de la información.
- Mantener los procesos de auditoría clínica y mejora continua, como herramienta para el seguimiento del cumplimiento de protocolos.
- Garantizar el reporte oportuno de fichas epidemiológicas al área de vigilancia epidemiológica.
- Reforzar la adherencia al protocolo institucional de manejo del dengue, mediante auditorías internas periódicas de historias clínicas.
- Certificación Diagnostico y manejo clínico del dengue.

EVIDENCIA:



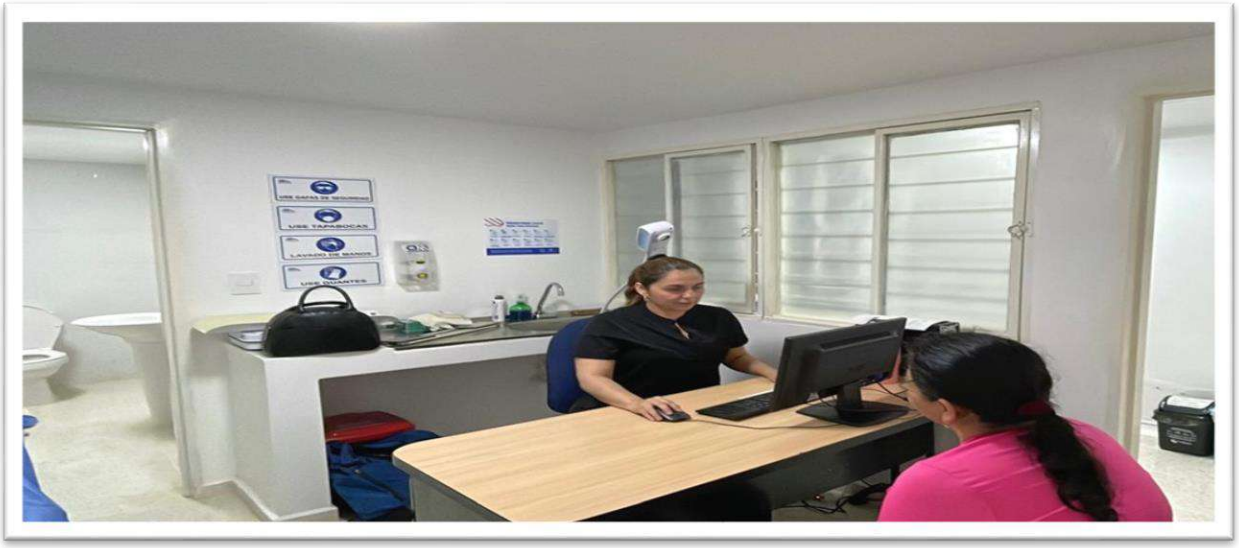
Certificación diagnóstica y manejo clínico del dengue.



Capacitación continua.

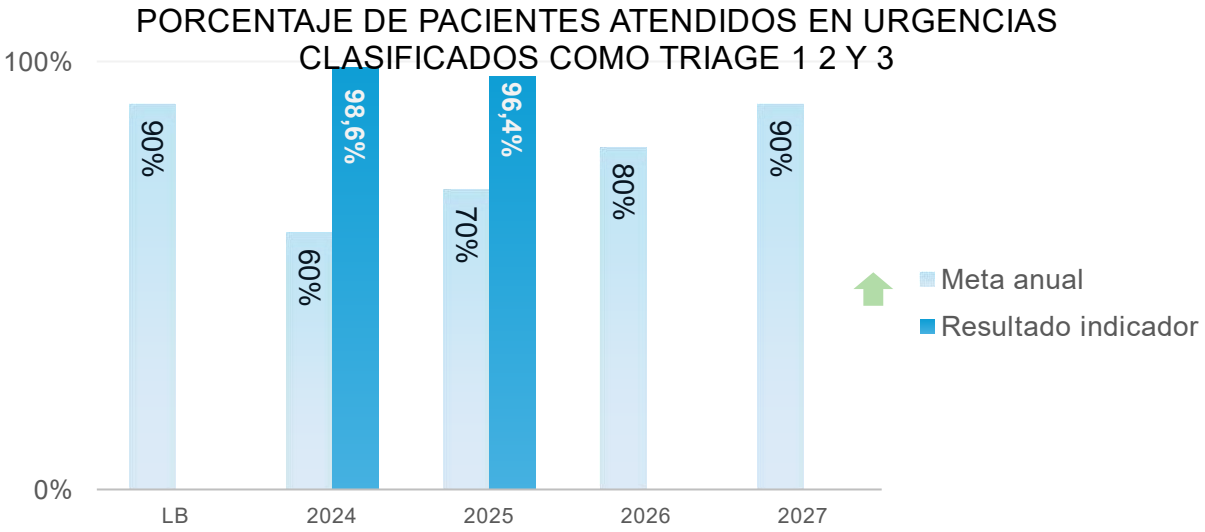


Compromiso humano y profesional del equipo asistencial



Reforzar el proceso de Triage

INDICADOR: Porcentaje de pacientes atendidos en urgencias clasificados como Triage 1 2 y 3.



OBJETIVO ESPECIFICO: Prevenir y eliminar cualquier barrera de atención en el Servicio de Urgencias.

ANÁLISIS: Durante la vigencia 2025, el indicador Porcentaje de pacientes atendidos en urgencias clasificados como Triage 1, 2 y 3 presentó un desempeño altamente satisfactorio, con cumplimiento sostenido de la meta institucional establecida (≥ 70 %) en la totalidad de los periodos evaluados.

El comportamiento trimestral del indicador evidencia resultados consistentemente superiores a la meta, alcanzando 99,0 % en el primer trimestre, 95,7 % en el segundo, 95,45 % en el tercero y 95,29 % en el cuarto trimestre, lo que refleja la estabilidad y solidez del proceso de triage a lo largo del año, independientemente de la variación en el volumen de pacientes atendidos.

Este desempeño demuestra la capacidad resolutiva del servicio de urgencias para realizar una adecuada priorización clínica, garantizando que los pacientes con mayor gravedad o riesgo potencial sean identificados y atendidos de manera oportuna. Asimismo, el comportamiento del indicador evidencia la eliminación de barreras de acceso relacionadas con la clasificación inicial, contribuyendo a una atención más equitativa, segura y centrada en el paciente.

El alto nivel de cumplimiento ha tenido un impacto positivo en los desenlaces clínicos, al facilitar intervenciones tempranas, prevenir complicaciones y optimizar los tiempos de atención. Este resultado refleja, además, el compromiso del talento humano asistencial con la aplicación de protocolos estandarizados, así como la efectividad de los procesos de capacitación continua en la atención de urgencias.

Durante el año, el fortalecimiento del proceso mediante la incorporación de Tecnólogos en Atención Prehospitalaria en la IPS Siloé, unidad con alta demanda del servicio, contribuyó al mejoramiento de las competencias técnicas y a una clasificación clínica más precisa, reforzando la calidad del proceso de triage.

En conclusión, el comportamiento anual del indicador consolida un modelo de atención de urgencias eficiente, seguro y oportuno, constituyéndose en una fortaleza institucional y aportando de manera significativa al cumplimiento del objetivo de prevenir y eliminar barreras de atención en el Servicio de Urgencias. La estabilidad de los resultados respalda la necesidad de continuar con el seguimiento periódico del indicador y con las acciones de fortalecimiento del proceso, especialmente en escenarios de alta demanda, para asegurar la sostenibilidad del desempeño alcanzado.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Fortalecimiento del programa de humanización y seguridad del paciente, promoviendo una atención oportuna, respetuosa y centrada en la persona desde el proceso de triage.
- Incremento y fortalecimiento del talento humano en los servicios de urgencias, mejorando la capacidad operativa y la oportunidad en la clasificación clínica de los pacientes.
- Renovación de equipos y mejoramiento de la infraestructura, contribuyendo a condiciones adecuadas para la atención segura y eficiente en los servicios de urgencias.
- Aplicación consistente de protocolos estandarizados de triage, acompañada de capacitación continua del personal asistencial en el manejo de urgencias.
- Implementación de un proceso de triage sólido y oportuno, que garantiza la adecuada priorización clínica de los pacientes con mayor gravedad o riesgo potencial en todos los puntos de atención de la Red de Salud Ladera.
- Fortalecimiento del talento humano en atención prehospitalaria en la IPS Siloé, sede con alta demanda del servicio de urgencias, lo que ha permitido mejorar

las competencias técnicas, el criterio clínico y la precisión en la clasificación de los pacientes.

- Compromiso permanente del equipo asistencial de triage, evidenciado en la adherencia a los protocolos institucionales y la participación activa en los procesos de capacitación y mejora continua.
  Fortalecimiento del programa de humanización y seguridad del paciente.

RETOS:

- **Garantizar la capacitación continua y periódica del personal de triage**, con el acompañamiento estratégico de la Gerencia de Talento Humano, fortaleciendo competencias técnicas y clínicas.

- **Actualizar, socializar y difundir de manera sistemática los protocolos de triage**, asegurando su pertinencia, apropiación y aplicación correcta en todos los servicios.

- **Implementar auditorías internas periódicas al proceso de triage**, orientadas a verificar la adherencia a los protocolos y a fortalecer la mejora continua.

- **Definir y consolidar mecanismos de refuerzo y apoyo interáreas**, que permitan responder de manera oportuna y eficiente a escenarios de alta demanda en los servicios de urgencias.

- **Fortalecer las herramientas tecnológicas disponibles**, facilitando la identificación y priorización de usuarios con discapacidad y condiciones especiales.

- **Continuar fortaleciendo el talento humano del servicio de urgencias**, de acuerdo con la demanda y el comportamiento del servicio.

- **Realizar el seguimiento sistemático del indicador de triage**, con análisis y socialización de resultados de manera trimestral como insumo para la toma de decisiones.

- **Desarrollar y fortalecer programas de educación a usuarios y familiares**, orientados a informar de manera clara el proceso de atención, los tiempos estimados y los criterios de priorización en urgencias.

EVIDENCIA:

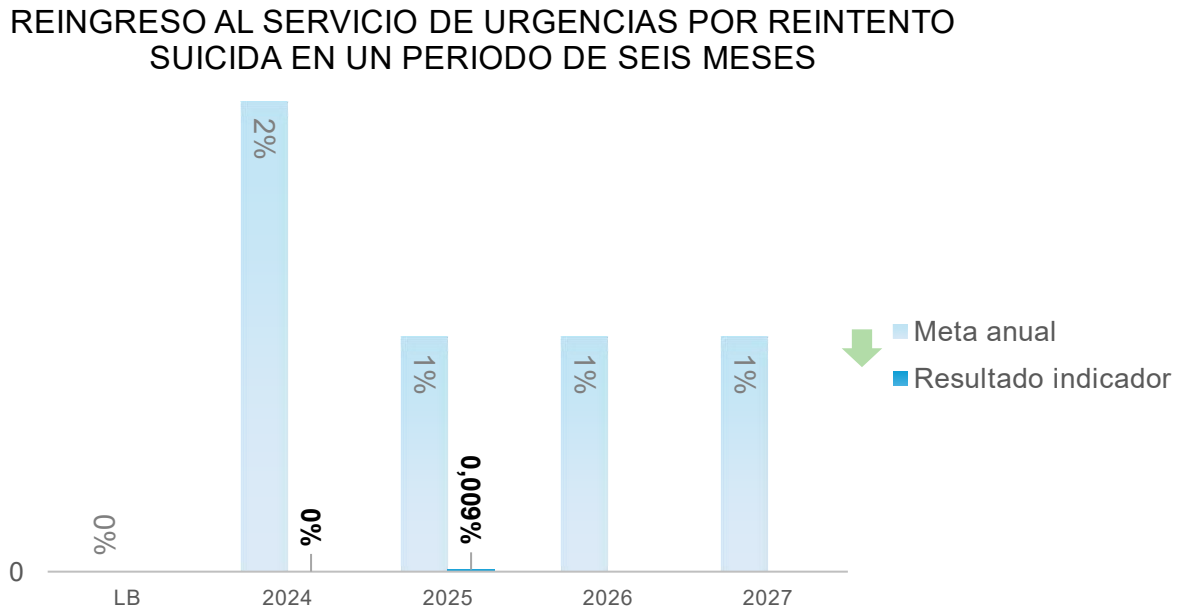


Fortalecimiento del programa de humanización y seguridad del paciente



Aplicación consistente de protocolos estandarizados de triage

INDICADOR: Reingresos al servicio de urgencias por reintento suicida en un período de seis meses.



OBJETIVO ESPECIFICO: Disminuir los ingresos a urgencias por re intento de suicidio.

ANÁLISIS: Durante la vigencia 2025, el indicador **Reingresos al servicio de urgencias** por reintento suicida en un período de seis meses presentó un desempeño favorable y consistente, cumpliendo la meta institucional establecida (≤ 1) en la totalidad de los periodos evaluados, lo que evidencia una adecuada gestión del riesgo suicida en los servicios de urgencias de la ESE.

En el periodo enero–marzo de 2025, el indicador registró un resultado de 0,00, asociado al fortalecimiento de las acciones del área de salud mental, la activación oportuna de la Ruta de Atención al Intento Suicida y la implementación de estrategias de consulta prioritaria por psicología y trabajo social. Adicionalmente, se evidenció el cumplimiento oportuno en la notificación de fichas epidemiológicas, reportadas en tiempo real por el equipo de vigilancia epidemiológica.

Durante el periodo abril–junio de 2025, el comportamiento del indicador se mantuvo en 0,00, reafirmando la efectividad de las intervenciones clínicas y psicosociales implementadas, así como la continuidad del seguimiento a los pacientes atendidos por intento suicida.

En el periodo julio–septiembre de 2025, el indicador presentó un valor de 0,04, correspondiente a un (1) caso de reingreso, manteniéndose dentro del rango permitido y en cumplimiento de la meta institucional. Este evento fue analizado de manera oportuna y permitió fortalecer los procesos de revisión de la continuidad asistencial ambulatoria, generando aprendizajes institucionales orientados a la mejora del seguimiento post-egreso.

Finalmente, en el periodo octubre–diciembre de 2025, se atendieron 32 pacientes por intento suicida en los servicios de urgencias, sin registrarse reingresos durante el tiempo de seguimiento, alcanzando nuevamente un resultado de 0,00 y consolidando el cumplimiento del indicador al cierre del año.

La estabilidad del indicador, aun en contextos de variación en el número de casos atendidos, evidencia la madurez del modelo de atención en salud mental, la capacidad resolutiva de los servicios de urgencias y la articulación efectiva del abordaje interdisciplinario, centrado en la valoración integral, la intervención oportuna y la orientación al paciente y su red de apoyo.

En este sentido, el comportamiento anual del indicador refleja un abordaje clínico oportuno, integral y humanizado del riesgo suicida, contribuyendo a la prevención de nuevos eventos, al fortalecimiento de la seguridad del paciente y a la mejora continua de la calidad de la atención en salud mental, consolidándose como una fortaleza institucional en el marco del cumplimiento de los objetivos estratégicos y el avance progresivo hacia la Acreditación en Salud.

ACTIVIDADES REALIZADAS

• Activación oportuna de la **Ruta de Atención al Intento Suicida**, garantizando la intervención integral por parte del equipo psicosocial.
• Seguimiento sistemático a los pacientes atendidos por intento suicida, fortaleciendo la continuidad del cuidado y el monitoreo del riesgo.
• Disponibilidad permanente de **talento humano psicosocial** en los servicios de urgencias para la atención inmediata de los casos.
• Trabajo **multidisciplinario e interdisciplinario**, destacando la articulación entre medicina, psicología, trabajo social y enfermería.
• Cumplimiento oportuno de la **notificación epidemiológica**, contribuyendo al seguimiento institucional y territorial del evento.
• Implementación de un abordaje clínico y humano del riesgo suicida, con valoración oportuna, intervención integral y orientación clara al paciente y su entorno familiar.

• Compromiso permanente del equipo asistencial con la **protección de la vida**, la escucha empática y la atención centrada en la persona.

• Fortalecimiento de la **educación al paciente y su familia al momento del egreso**, orientada a la prevención de recaídas y al acceso oportuno a los servicios de apoyo.

RETOS:

• Fortalecer la **capacitación interdisciplinaria continua**, asegurando la adecuada socialización e interiorización de la Ruta de Atención al Intento Suicida por parte del personal asistencial y administrativo involucrado.

• Consolidar estrategias orientadas a la **reducción sostenida del riesgo de reingreso**, mediante la revisión y ajuste permanente del protocolo de atención, fortaleciendo los planes de egreso y seguimiento.

• Garantizar la **continuidad asistencial post-egreso**, mediante el fortalecimiento del seguimiento activo de los usuarios con diagnósticos asociados, promoviendo la adherencia a los controles ambulatorios y a las redes de apoyo.

• Optimizar el **monitoreo del indicador y la socialización periódica de los resultados**, como insumo para la toma de decisiones y la mejora continua del proceso.

• Fortalecer la articulación con los actores del sistema de salud y redes de apoyo, favoreciendo la oportunidad en la atención ambulatoria y la mitigación del riesgo de recaídas.

EVIDENCIA:



Seguimiento sistemático a los pacientes atendidos por intento suicida.

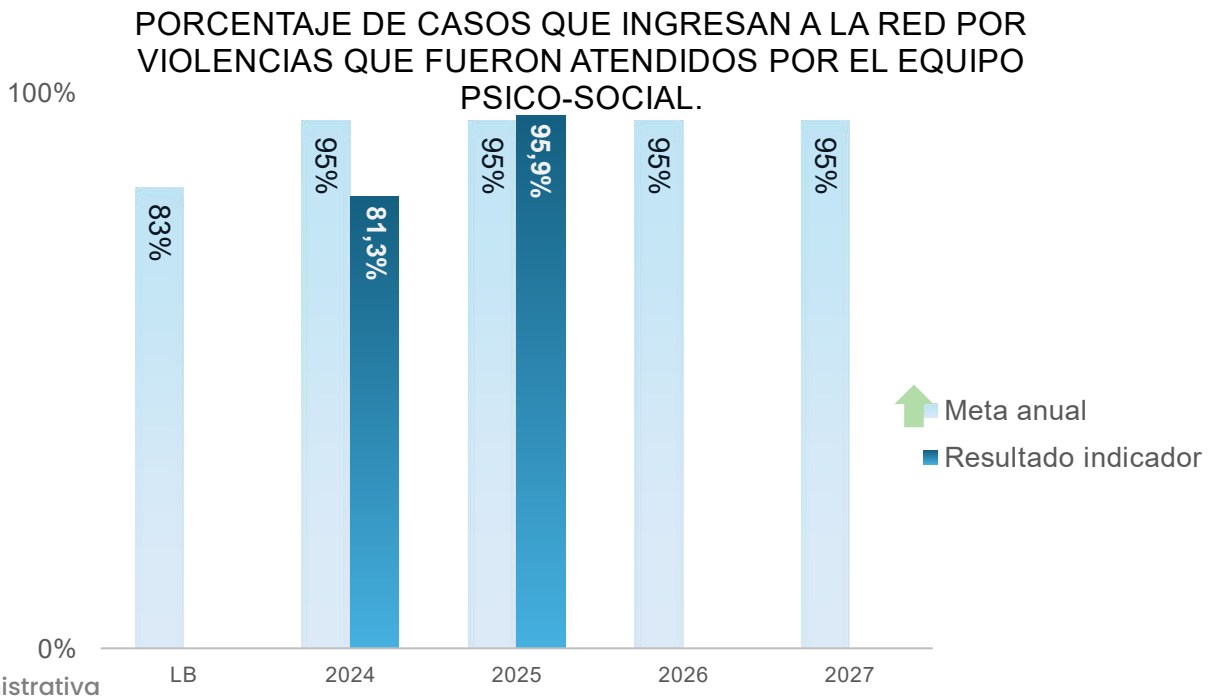


Compromiso permanente del equipo asistencial con la **protección de la vida**



Compromiso permanente del equipo asistencial con la **protección de la vida.**

INDICADOR: Porcentaje de casos que ingresan a la Red por violencias que fueron atendidos por el equipo psico-social.



OBJETIVO ESPECIFICO: Garantizar la atención de 90% los casos que ingresan a la Red por violencias Sexuales, basada en género y violencia intrafamiliar por el equipo psico-social**.**

ANÁLISIS.

Durante la vigencia 2025, el indicador **Porcentaje de casos que ingresan a la Red por violencias atendidos por el equipo psicosocial** presentó un **desempeño altamente satisfactorio**, con cumplimiento de la meta institucional (≥ 95 %) en la totalidad de los periodos evaluados.

Los resultados trimestrales evidencian un comportamiento consistente y estable: **95,98 % en el primer trimestre, 95,72 % en el segundo, 96,95 % en el tercero** y **95,17 % en el cuarto trimestre**, alcanzando un resultado acumulado anual del **95,94 %,** lo que ratifica la efectividad del modelo de atención psicosocial implementado en la Red de Salud Ladera.

Durante el año, especialmente en el tercer y cuarto trimestre, se registró un aumento en las atenciones por presuntos eventos de violencia física, psicológica y sexual en los servicios de urgencias, concentrándose principalmente en los centros de salud de **Siloé, Terrón Colorado y el Hospital Cañaveralejo**, sedes con alta demanda asistencial. En algunos casos se evidenció la recurrencia de eventos en un mismo mes, lo que refleja **contextos persistentes de riesgo y vulnerabilidad social** en la población atendida.

El análisis epidemiológico de los casos evidencia que la **violencia física** fue la tipología más frecuente, representando más del **60 % de los eventos (162 casos),** asociada a un alto riesgo de lesiones y posibles secuelas físicas. La **violencia sexual (SAS)** correspondió aproximadamente al **26 % de los casos (69 eventos),** constituyéndose en un hallazgo de alta relevancia epidemiológica que demanda una respuesta prioritaria e integral desde los componentes clínico, psicosocial, legal y de protección. Dentro de esta categoría se identificaron situaciones como inicio temprano de actividad sexual y eventos de maltrato intrafamiliar.

La **violencia psicológica (18 casos)** y los eventos de **negligencia o abandono (6 casos)** también estuvieron presentes. No obstante, se reconoce que estas tipologías suelen estar **su detectadas,** por lo que los registros podrían no reflejar en su totalidad la magnitud real del fenómeno.

La estabilidad del indicador, aun en un contexto de aumento de la demanda y complejidad de los casos, evidencia la **capacidad institucional para garantizar la atención psicosocial oportuna**, la adecuada activación de rutas de atención y la articulación efectiva entre los servicios de urgencias, salud mental y vigilancia epidemiológica.

En este sentido, el comportamiento del indicador durante 2025 confirma un **abordaje integral, oportuno y humanizado de los casos de violencia**, contribuyendo a la mitigación del impacto en la salud física y mental de las personas afectadas y consolidándose como una **fortaleza institucional** en el marco del cumplimiento de los objetivos estratégicos y el avance progresivo hacia la Acreditación en Salud.

ACTIVIDADES REALIZADAS

• Capacitación permanente al personal de salud en rutas de atención, protocolos y lineamientos para la atención integral de las violencias.

• Implementación de estrategias de comunicación y sensibilización orientadas a la prevención de la violencia y la promoción de entornos protectores.

• Seguimiento inmediato de los casos identificados en los servicios de urgencias, garantizando la activación oportuna de los protocolos institucionales.

• Diligenciamiento y reporte oportuno de fichas epidemiológicas, fortaleciendo la vigilancia y el análisis del evento.

• Certificación de 50 profesionales del área de salud mental de 18 territorios de Santiago de Cali en competencias técnicas y metodológicas para la prevención del sufrimiento psíquico, los trastornos mentales, las conductas suicidas y la violencia basada en género, en articulación con el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

• Prestación de servicios integrales de salud mental, alcanzando:

- 27.535 atenciones en salud mental a la comunidad.
- 3.792 atenciones psicosociales dirigidas a víctimas del conflicto armado.
- 398 certificados de discapacidad emitidos para población de Santiago de Cali.

• Desarrollo de intervenciones especializadas y programas diferenciales, entre ellos:

- Atención en CAMAD – Sistema de Responsabilidad Penal a 394 personas.
- Atención en CAMAD – Reducción de Riesgos y Daños a 450 personas.

- Entrega de más de 90.000 insumos higiénicos para el autocuidado.
- Atención integral a 80 personas en el Programa de Mantenimiento con Metadona.

• Participación como experiencia exitosa en el Festival de Salud Mental Comunitaria AMARC en Bogotá con la campaña *"Háblame, estoy para vos"*.

• Reconocimiento nacional a la estrategia CAMAD por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

RETOS:

- De cara a la vigencia 2026, se proyecta continuar fortaleciendo las acciones orientadas a la sostenibilidad del resultado.
- Fortalecer la **capacitación continua del personal de salud** en rutas y protocolos de atención integral a las violencias.
- Reforzar la **detección temprana de indicadores de violencia** y garantizar la remisión oportuna a los programas de apoyo, protección y restablecimiento de derechos.
- Fortalecer la **auditoría clínica y médica** de los casos atendidos, como insumo para la formulación de planes de mejora desde la coordinación médica.
- Consolidar la **trazabilidad de los casos**, fortaleciendo el seguimiento interinstitucional e interdisciplinario.
- Mejorar de manera continua la **calidad del registro clínico y epidemiológico**.
- Priorizar la atención, análisis y seguimiento de los **eventos de violencia sexual**, fortaleciendo los componentes de protección y atención integra

EVIDENCIA.



Capacitación permanente al personal de salud en rutas de atención



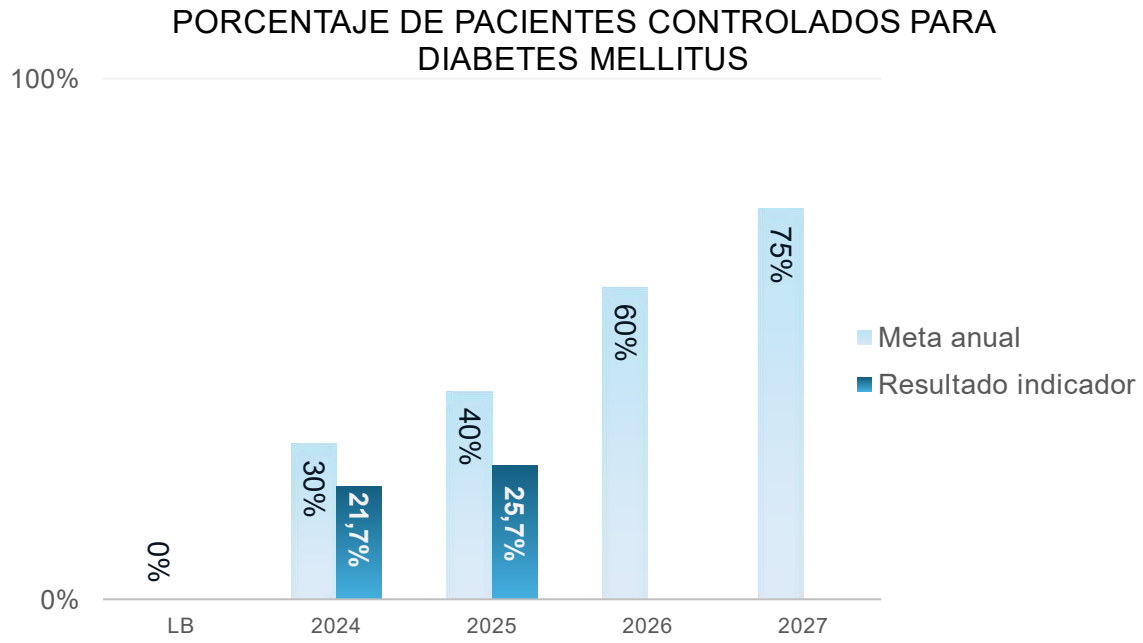
Certificación de 50 profesionales del área de salud mental de 18 territorios.



Desarrollo de intervenciones especializadas y programas diferenciales.

INDICADOR: Porcentaje de pacientes controlados para Diabetes Mellitus.

OBJETIVO ESTRATEGICO: Aumentar el porcentaje de usuarios con diagnóstico de diabetes mellitus controlados según HbA1C.



ANALISIS: Análisis anual 2025 – Indicador de control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus (HbA1c < 7 %) Durante el año 2025, el Programa de Diabetes Mellitus contó con 7.075 pacientes diagnosticados. De este total, 3.666 pacientes (51,8 %) tuvieron registro de toma de HbA1c en los últimos seis meses, evidenciando una cobertura parcial del seguimiento paraclínico. Entre los pacientes con resultado disponible, 1.956 (53,3 %) presentaron valores de HbA1c menores a 7 %, lo que indica un nivel limitado de control metabólico en la población atendida.

Para el cálculo del indicador, se excluyeron 10 pacientes por novedades administrativas relacionadas con reasignación a otra IPS o ausencia de diagnóstico confirmado de diabetes. Al comparar los resultados con mediciones previas, se evidencia que el indicador no presenta avances significativos, manteniéndose en valores similares a los periodos anteriores y en condición de incumplimiento frente a la meta establecida.

El comportamiento desfavorable del indicador durante 2025 estuvo asociado principalmente a factores estructurales y operativos, entre los que se destacan la inoportunidad en la entrega de medicamentos e insumos por parte de los operadores farmacéuticos contratados por las EAPB, el alto número de pacientes inasistentes, la baja adherencia del personal asistencial a la guía de práctica clínica y a los lineamientos de la ruta de atención, así como debilidades en la educación al paciente y su familia sobre el autocuidado, la adherencia terapéutica y la importancia del control periódico.

Adicionalmente, se identificaron falencias en el seguimiento de pacientes no controlados o sin toma de paraclínicos, así como una limitada activación del equipo multidisciplinario para el abordaje integral de los casos.

Como acciones de mejora, el programa implementó una herramienta de reporte mediante Google Forms para el seguimiento de medicamentos no dispensados, consolidando y remitiendo semanalmente la información a los referentes del Programa RCV de las EAPB. Asimismo, bajo el direccionamiento de la Subgerencia de Promoción y Mantenimiento de la Salud, se adelantó la revisión, actualización y estandarización de las guías de manejo clínico en el sistema SIGES, con el fin de fortalecer los lineamientos técnicos y facilitar su consulta por parte del personal asistencial. De manera complementaria, se estableció la entrega trimestral de la base nominal de pacientes a las IPS, priorizando aquellos inasistentes, no controlados o sin paraclínicos actualizados, y se habilitó un formulario para el registro de las acciones de seguimiento realizadas.

En conclusión, el análisis anual 2025 evidencia la necesidad de fortalecer la adherencia a la ruta de atención, mejorar la oportunidad en la dispensación de medicamentos, optimizar el seguimiento de pacientes insistentes y potenciar la educación en autocuidado, como estrategias clave para mejorar el control metabólico y el desempeño del indicador en los próximos periodos.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Envío de base de datos de pacientes crónicos para seguimiento a las IPS, en el que se incluye pacientes diabéticos no controlados y sin toma de HbA1c
- Base de datos con la información para seguimiento a valores de laboratorio críticos o no actualizados, así como insistentes
- Listado y acta de capacitación dirigida a personal médico en la Ruta de HTA y DM.
- Base de datos de pacientes con dx de DM en la que se encuentran relacionados los pacientes con HbA1c en metas y el resultado del indicador por IPS.
- Entrega oportuna de medicamentos del programa a los
- Capacitación en adherencia de la ruta en cuanto a el ordenamiento de HbA1c cada seis meses para pacientes controlados y cada tres para no controlados.
- Sensibilización a los usuarios para la toma de los paraclínicos ordenados oportunamente
- Demanda inducida a pacientes insistentes del programa

RETOS:

- Legalizar y socializar las guías de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 1 y diabetes mellitus tipo 2 al personal médico en el I semestre de 2026.
- Continuar el proceso de retroalimentación al personal asistencial de las IPS de los pacientes sin toma de HbA1C o fuera de metas.
- Fortalecer el proceso educativo del personal de enfermería hacia los pacientes en cuanto a la administración correcta de los medicamentos y el tratamiento no farmacológico

EVIDENCIA.



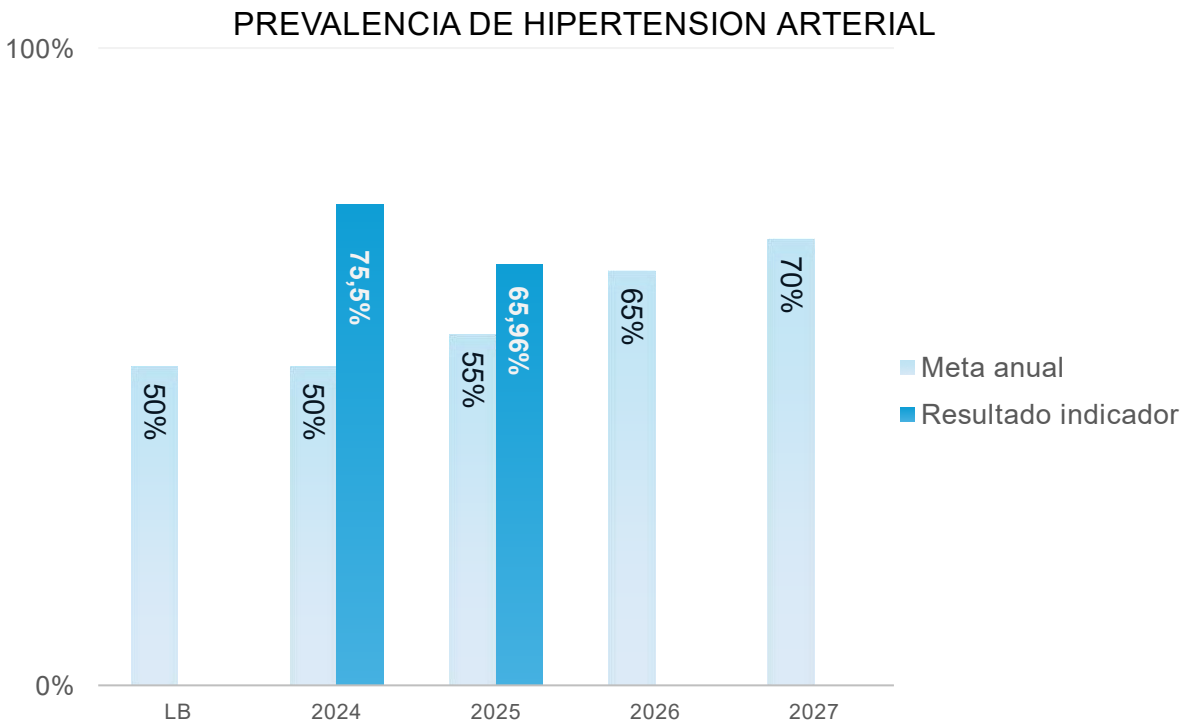


VIGILADO Supersalud



INDICADOR: Prevalencia de Hipertensión Arterial

OBJETIVO ESPECIFICO: Incrementar el número de pacientes tamizados para HTA en la población contratada.



ANALISIS: El indicador se mantiene estable y en cumplimiento; sin embargo, presenta una tendencia decreciente frente al año anterior debido al ajuste del numerador, que ahora incluye únicamente a la población con diagnóstico de HTA entre 18 y 69 años. Ante este comportamiento, se requiere fortalecer las acciones de demanda inducida, el seguimiento a pacientes con alto riesgo cardiovascular y la oportuna canalización al programa una vez confirmado el diagnóstico.

ACTIVIDADES REALIZADAS

- La demanda inducida realizada a pacientes insistentes, que egresan de hospitalización o urgencias y pacientes con valores críticos de laboratorios.

- Tamizajes de RCV realizados en las consultas de curso de vida y otras atenciones realizadas en la ESE.

- Se incorporó el reporte a las IPS de los tamizajes de RCV que se realizan en los diferentes servicios en la Red Ladera con riesgo alto, muy alto y extremadamente alto de manera mensual con el fin de que se garantice la atención por medicina general para la confirmación o descarte de diagnóstico de manera oportuna.

- Se realiza demanda inducida a pacientes insistentes, que egresan de hospitalización o urgencias y pacientes con valores críticos de laboratorios.

- Se realiza la canalización de los pacientes captados en los diferentes servicios de la Red hacia el Programa.

- Se inició el proceso de actualización de guías de manejo médico de HTA con el fin de estandarizar los criterios de diagnóstico oportuno.

RETOS:

- Seguimiento a pacientes crónicos controlados
- Seguimiento a base de datos de urgencias y hospitalización

- Realización de tamizajes de RCV
- Seguimiento a pacientes crónicos insistentes
- Seguimiento a pacientes crónicos por IPS
- Capacitación dirigida a personal médico en la Ruta de HTA
- Participación en jornadas en micro territorios
- Fortalecer la gestión de los pacientes con resultados en tamizaje de RCV alto, muy alto y extremadamente alto desde las IPS con el fin de que se garantice la atención por medicina general para la confirmación o descarte de diagnóstico de manera oportuna.
- Legalizar y socializar la guía de hipertensión arterial al personal médico en el I semestre de 2026.

EVIDENCIA.



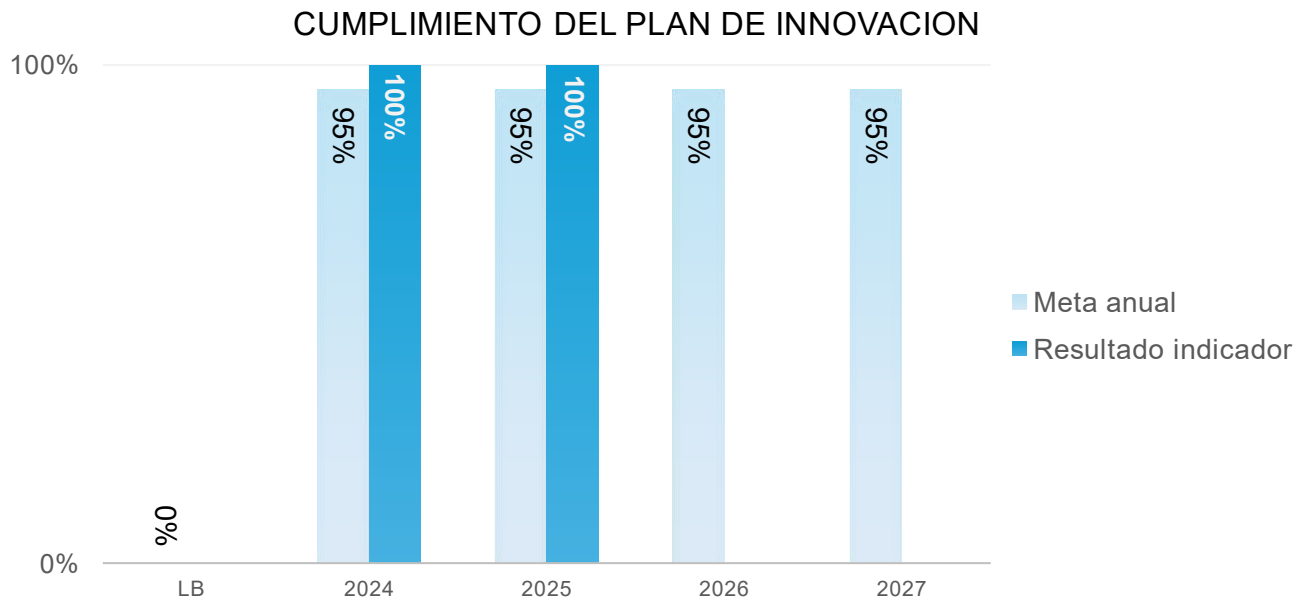




VIGILADO Supersalud

INDICADOR: Cumplimiento del Plan de Innovación

OBJETIVO ESPECIFICO: Garantizar la innovación constante en todos los procesos de la ESE.



ANALISIS: Durante el año 2025, la Red de Salud de Ladera E.S.E. evidenció avances significativos en la gestión del conocimiento, la investigación y la innovación institucional, dando cumplimiento al indicador establecido. Se formalizaron la Política de Gestión del Conocimiento y la Política de Investigaciones, con respaldo de la Gerencia General, fortaleciendo una cultura organizacional orientada al aprendizaje, la mejora continua y la toma de decisiones informada.

Asimismo, se avanza en la consolidación del Banco de Investigaciones en el sistema SIGES, facilitando el seguimiento y la gestión de proyectos. En materia de innovación, se implementó un proceso de inscripción, evaluación y reconocimiento de proyectos institucionales, promoviendo la participación del talento humano y la mejora de los servicios.

Adicionalmente, se aprobaron iniciativas como el proyecto de Historias y Casos de Éxito y la construcción del Libro Institucional, orientadas a preservar la memoria organizacional y visibilizar el impacto de la E.S.E. en la comunidad.

La participación activa en escenarios académicos de alto nivel permitió socializar experiencias y avances en investigación, consolidando la innovación constante en los procesos institucionales. En conjunto, estas acciones fortalecen la capacidad de aprendizaje, adaptación e innovación de la Red de Salud de Ladera E.S.E., en beneficio de la salud de la comunidad.

ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se formalizó la Política de Gestión del Conocimiento, orientada a facilitar la generación, apropiación y transferencia del conocimiento para mejorar la toma de decisiones.
- Consolidado del Banco de Investigaciones dentro del sistema SIGES, con el fin de centralizar los proyectos presentados al Comité de Ética.
- Se aprobó una propuesta para la inscripción y evaluación de proyectos institucionales, permitiendo estructurar y reconocer iniciativas que promuevan mejoras en los servicios y la participación activa de la persona.
- La ponencia sobre Telemedicina en Atención Primaria evidenció el compromiso institucional con la innovación y la mejora en los servicios de salud.
- Se diseñaron y adoptaron tres formatos estandarizados para la evaluación de proyectos, mejorando la transparencia y la rigurosidad en la revisión.
- Se redactaron dos artículos científicos con base en experiencias relacionadas con el trabajo con habitantes de calle y la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC).
- Se llevó a cabo la primera sesión de la capacitación en investigación, en la cual participaron 14 funcionarios de la Red de Salud de Ladera. La sesión se desarrolló de manera organizada y con una metodología participativa, permitiendo que los asistentes se involucraran activamente en el proceso formativo.

- Estas acciones fortalecen la cultura investigativa dentro de la institución, fomentan la generación de conocimiento y consolidan las capacidades del talento humano en procesos de análisis, formulación y desarrollo de proyectos.
- Se avanzó significativamente en el proceso editorial del libro sobre la historia de la Red de Salud de Ladera, alcanzando hitos clave dentro de la fase de construcción y revisión del contenido, consolidación del tercer borrador de los capítulos principales del libro, incorporando ajustes de fondo y forma para asegurar coherencia narrativa y calidad técnica. Se avanzo en los capítulos escritos por los diferentes gerentes de la Red, logrando versiones preliminares consistentes y con aportes históricos relevantes:

- Taller de Innovación y Soluciones Participativas convocatoria del equipo directivo para motivar la participación en el primer Laboratorio de Innovación “Soluciones Participativas”.
- Sesión introductoria sobre la importancia de la innovación, la co-creación y el uso de herramientas para la identificación de problemas reales en el territorio y en los servicios.
- Ejercicio participativo de identificación de problemáticas, donde los funcionarios compartieron situaciones que afectan el funcionamiento diario de los servicios de salud.
- Análisis colaborativo de causas y consecuencias, permitiendo una comprensión más profunda de los desafíos institucionales.
- Construcción de propuestas y posibles soluciones, fundamentadas en el conocimiento del territorio, la experiencia del personal y la metodología de innovación.
- Reflexión grupal final, centrada en el rol activo del talento humano en la calidad y la mejora continua de la institución.
- El taller evidenció un alto nivel de compromiso, participación activa y capacidad analítica por parte del talento humano de la Red de Salud Ladera. Los participantes demostraron habilidades para identificar problemas reales, plantear soluciones viables y comprender su papel estratégico en el mejoramiento continuo.
- Se presentó ante el Comité de Gerencia el cronograma del proceso de Gestión del Conocimiento, mostrando de manera estructurada el estado actual de cada una de las actividades contempladas en el plan de trabajo.

- Comunicación efectiva: Se explicó de forma clara y organizada el avance del cronograma, destacando las actividades en proceso, finalizadas y pendientes por iniciar.
- Seguimiento y control: Se evidenció un trabajo riguroso de monitoreo sobre el cumplimiento de las tareas definidas en el proceso de Gestión del Conocimiento.
- Planeación y organización: La estructura presentada reflejó una adecuada gestión del tiempo y priorización de actividades.

RETOS:

- Desarrollar la política de innovación
- Participar en congresos o eventos académicos de innovación a nivel nacional

EVIDENCIA.



Taller de Innovación y Soluciones Participativas



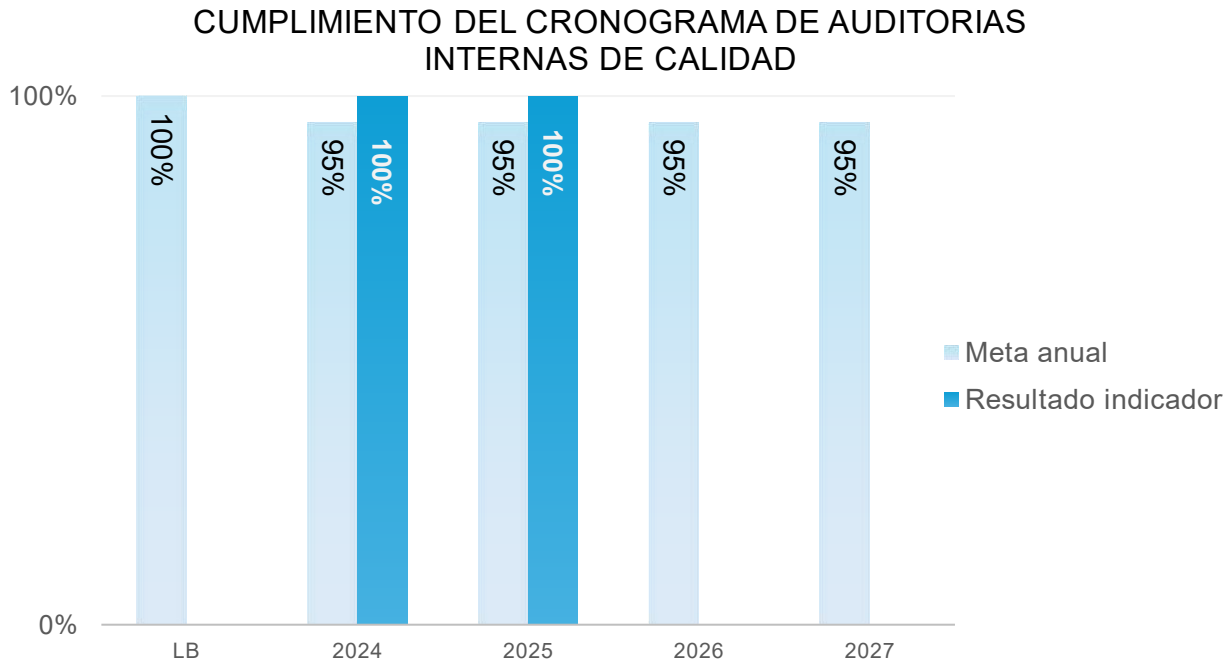
Construcción de propuestas y posibles soluciones



Planeación y organización: La estructura presentada reflejó una adecuada gestión del tiempo y priorización de actividades.

INDICADOR: Cumplimiento del cronograma de auditorías internas de calidad

OBJETIVO ESPECIFICO: Fomentar el mejoramiento continuo de los procesos de la ESE.



ANALISIS: Durante el año 2025, la Red de Salud de Ladera E.S.E. desarrolló el proceso de auditoría interna de calidad entre el 12 y el 21 de marzo, con la participación de 37 auditores internos, evidenciando el compromiso institucional con la mejora continua. Como resultado, se identificaron no conformidades, acciones de mejora y fortalezas que orientan el fortalecimiento de los procesos.

En el marco del enfoque estratégico hacia la Acreditación Nacional, se viene ejecutando el Plan de Auditoría Interna de Calidad en las IPS de Terrón Colorado, Montebello, Lourdes y Casa Buitrera, lo que implica mayores exigencias y esfuerzos institucionales.

Durante el último trimestre no se programaron auditorías internas, priorizándose desde el proceso de calidad el cierre y seguimiento de los planes de mejora derivados de auditorías internas y externas, consolidando así acciones correctivas y preventivas para el fortalecimiento del sistema de gestión de calidad.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Plan de auditorías en las IPS de cabecera.
- Auditorías internas en los procesos : Enfermería, Fisioterapia, Fonoaudiología y terapia del Lenguaje, Ginecobstetricia, Imágenes Diagnósticas Ionizantes, Medicina General, Medicina Familiar, Medicina Interna, Nutrición, odontología, Optometría, Pediatría, Psicología, Pediatría, Radiología odontológica, Servicio farmacéutico, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria, Toma de Muestra de Cuello Uterino, Toma de Muestras de Laboratorio, Vacunación, Urgencias; en relación a los requerimientos del Sistema de Gestión de la Calidad de la Red de Salud de Ladera E.S.E
- Se realizaron auditorías internas del 12 de marzo al 21 de marzo de 2025, contó con la participación de 37 auditores internos.
- El proceso de auditoría interna de calidad arrojó para el año 2025: 62 No conformidades, 150 acciones de Mejora, y 142 fortalezas.
- La ESE se encuentra realizando formación de 35 auditores internos en Sistemas Integrados de Gestión, con ICONTEC.
- Seguimiento y cierre de todas las oportunidades de mejora derivadas de las auditorias tanto internas como externas
- Seguimiento a 268 planes de mejora.

RETOS:

- Continuar con las acciones de mejora continua con el fin de cumplir con las actividades de auditorías internas de calidad.

EVIDENCIA.



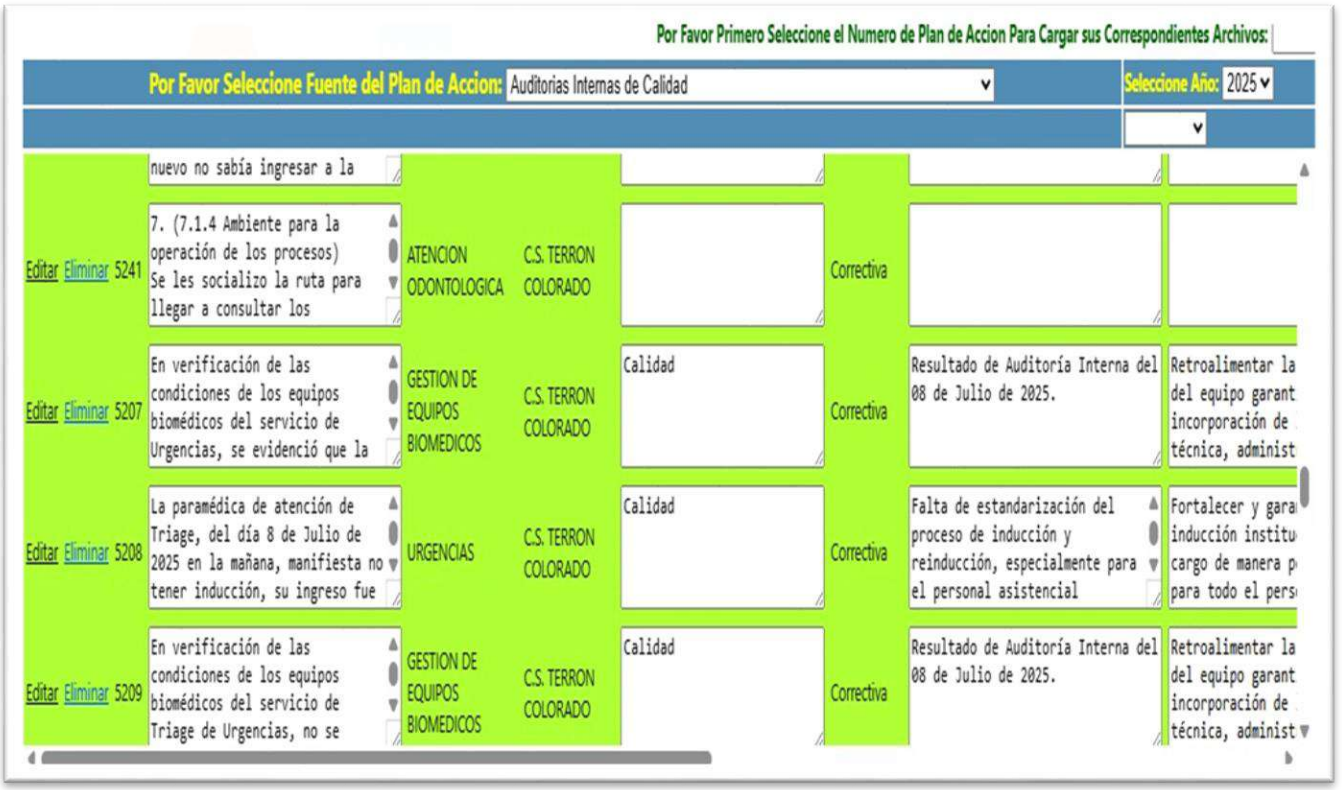
Se realizaron auditorías internas del 12 de marzo al 21 de marzo de 2025.



Se realizaron auditorías internas del 12 de marzo al 21 de marzo de 2025.



Plan de auditorías en las IPS de cabecera.



Por Favor Primero Seleccione el Numero de Plan de Accion Para Cargar sus Correspondientes Archivos:

Por Favor Seleccione Fuente del Plan de Accion: Auditorias Internas de Calidad | Seleccione Año: 2025

	nuevo no sabía ingresar a la						
Editar Eliminar 5241	7. (7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos) Se les socializo la ruta para llegar a consultar los	ATENCION ODONTOLOGICA	C.S. TERRON COLORADO		Correctiva		
Editar Eliminar 5207	En verificación de las condiciones de los equipos biomédicos del servicio de Urgencias, se evidenció que la	GESTION DE EQUIPOS BIOMEDICOS	C.S. TERRON COLORADO	Calidad	Correctiva	Resultado de Auditoría Interna del 08 de Julio de 2025.	Retroalimentar la del equipo garant incorporación de técnica, administ
Editar Eliminar 5208	La paramédica de atención de Triage, del día 8 de Julio de 2025 en la mañana, manifiesta no tener inducción, su ingreso fue	URGENCIAS	C.S. TERRON COLORADO	Calidad	Correctiva	Falta de estandarización del proceso de inducción y reinducción, especialmente para el personal asistencial	Fortalecer y gara inducción institu cargo de manera p para todo el pers
Editar Eliminar 5209	En verificación de las condiciones de los equipos biomédicos del servicio de Triage de Urgencias, no se	GESTION DE EQUIPOS BIOMEDICOS	C.S. TERRON COLORADO	Calidad	Correctiva	Resultado de Auditoría Interna del 08 de Julio de 2025.	Retroalimentar la del equipo garant incorporación de técnica, administ

Seguimiento y cierre de todas las oportunidades de mejora

INDICADOR: Certificación de calidad

OBJETIVO ESPECIFICO: Fomentar el mejoramiento continuo de los procesos de la ESE.

ANALISIS: Durante el año 2025, la Red de Salud de Ladera E.S.E. planificó y ejecutó el ciclo de auditorías internas de calidad con el objetivo de fortalecer el Sistema de Gestión de Calidad y avanzar hacia la certificación ISO 9001. Este proceso incluyó la coordinación con ICONTEC, la citación y capacitación de auditores internos, la socialización y apertura de las auditorías, la ejecución del plan de auditoría, la elaboración del informe final, la evaluación de la satisfacción del proceso y la revisión por la dirección.

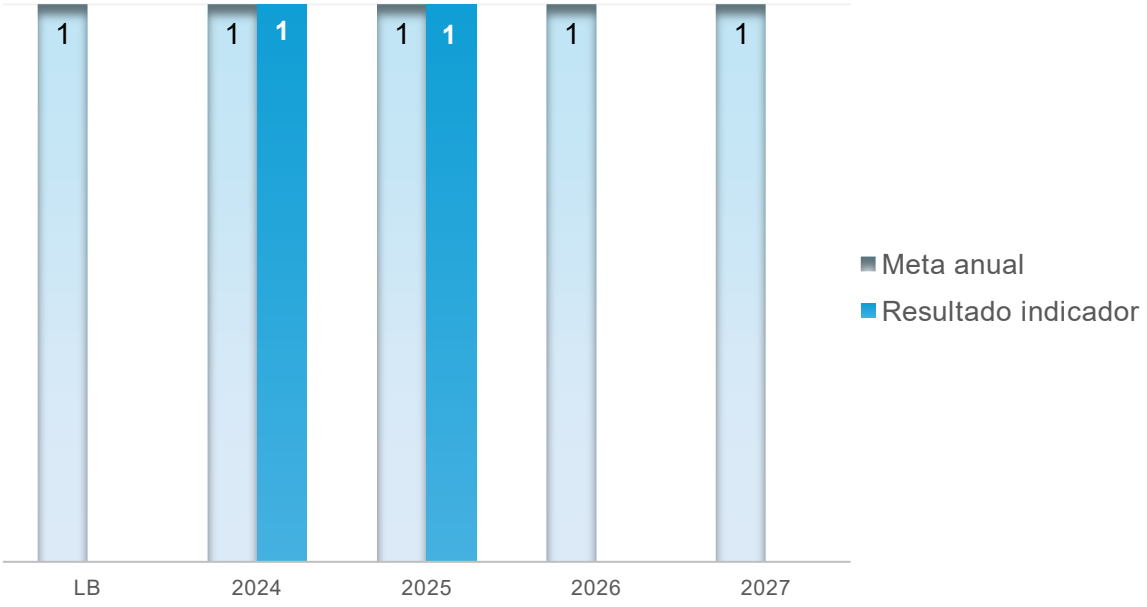
Las auditorías permitieron evaluar el nivel de cumplimiento de los procesos asistenciales y administrativos, preparar a la institución para la auditoría de recertificación, corregir los hallazgos identificados, actualizar y crear documentos, y

garantizar el mantenimiento del sistema mediante auditorías de seguimiento, contribuyendo finalmente a la obtención y sostenibilidad del certificado ISO 9001.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- ✓
- ✓ Se logro mantener la certificación ISO 9001:2015 para todos los procesos y sedes, según auditoria recibida en mayo de 2025.
- ✓ Priorización de oportunidades de mejoramiento de acreditación con 182 oportunidades.
- ✓ Refuerzo en intencionalidad de los grupos de estándares
- ✓ Refuerzo a los integrantes de los equipos de autoevaluación en la metodología para realizar la autoevaluación cualitativa y cuantitativa.
- ✓ Aplicación de metodología riesgo, costo, volumen para el desarrollo de la Priorización de las oportunidades de mejora de la autoevaluación de estándares de Acreditación en Salud del ciclo correspondiente al año 2025
- ✓ Envío de Formato de información previa a ICONTEC
- ✓ Citación previa a auditores internos de calidad
- ✓ Socialización de Auditorías internas
- ✓ Apertura de Auditorías Internas 2025
- ✓ Plan de Auditorías Internas.
- ✓ Capacitación a Auditores internos
- ✓ Presentación capacitación auditores internos
- ✓ Informe de Auditoría Interna 2025
- ✓ Calificación al Perfil del Auditor Interno
- ✓ Resultados Encuesta de Auditoría Interna.
- ✓ Entrega de diplomas Auditores Internos
- ✓ Revisión por la Dirección.

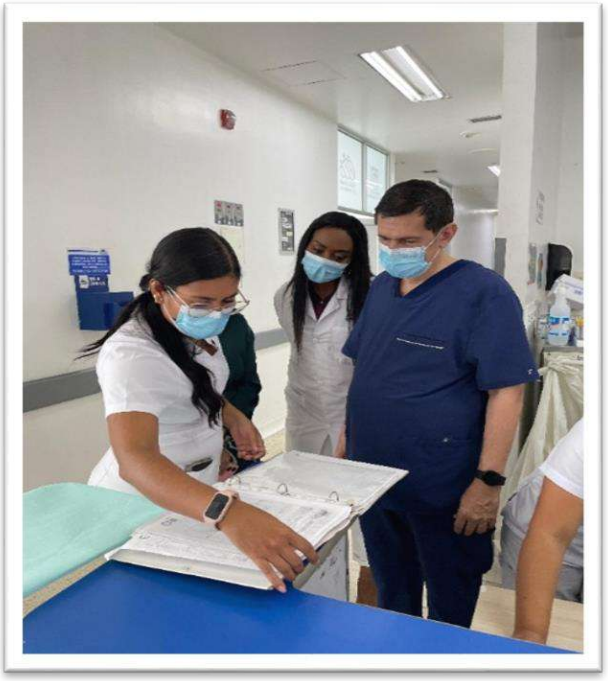
CERTIFICACION DE CALIDAD

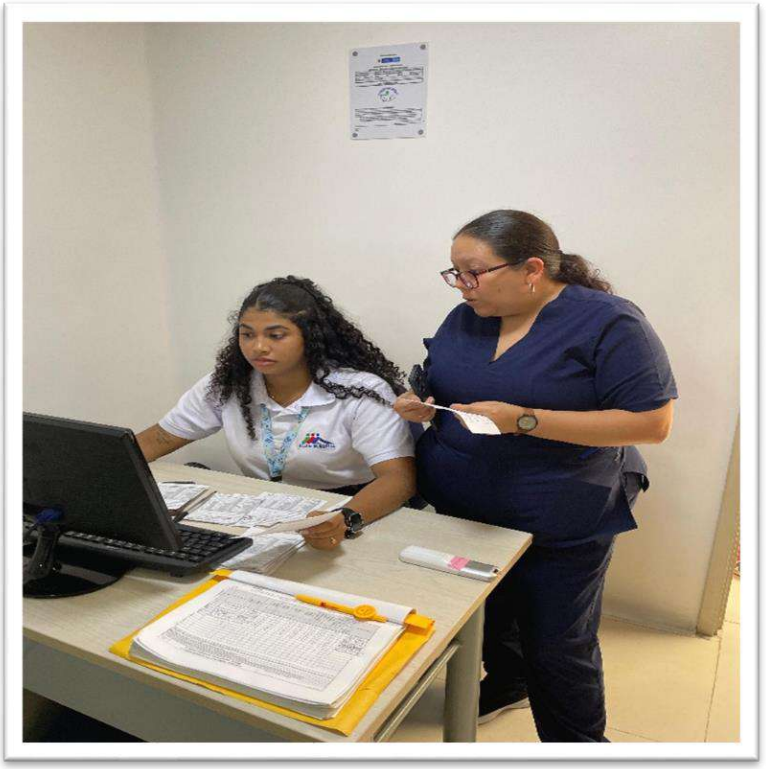


RETOS:

- ✓ Continuar con las mejores prácticas de mejora continua, para el mantenimiento del sistema de gestión de calidad.

EVIDENCIA:









IQNet®

THE INTERNATIONAL CERTIFICATION NETWORK

CERTIFICATE

ICONTEC has issued an IQNet recognized certificate that the organization:

RED DE SALUD DE LADERA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Calle 5C No. 39-51, Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia.

Véase el alcance del sistema de gestión para cada una de las sedes diferentes a la sede principal cubiertas por la certificación en el anexo

has implemented and maintains a

Quality Management System

for the following scope:

Prestación de servicios de salud de baja complejidad en atención inmediata en urgencias, consulta externa medicina general, nutrición y dietética, optometría, psicología, odontología general, enfermería RUTA INTEGRAL DE ATENCION PARA LA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA Salud, atención en salud para la primera infancia, atención en salud para la infancia, atención en salud para la adolescencia, atención en salud para la juventud, atención en salud para la vejez, atención en salud bucal, donación temprana de cáncer de cuello uterino, detección temprana de cáncer de seno, detección temprana de cáncer de próstata, detección temprana de cáncer de colon y recto, , atención para la planificación familiar y la anticoncepción, RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD MATERNO PERINATAL, atención materno peri natal, atención para el cuidado Preconcepcional, atención para la interrupción voluntaria del embarazo, atención para el cuidado prenatal, curso de preparación para la maternidad y la paternidad, atención en salud bucal, atención para la promoción de la alimentación y nutrición, atención del parto, atención del puerperio, atención de emergencias obstétricas, atención para el cuidado del recién nacido, atención para el seguimiento del recién nacido, Vacunación, telemedicina, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica Imágenes diagnósticas Ionizantes, servicio farmacéutico, internación Hospitalización pediátrica, hospitalización adultos. Prestación de servicios de mediana complejidad en consulta externa pediatría, medicina familiar, medicina interna, ginecoobstetricia, anestesia, dermatología, psiquiatría, medicina física y rehabilitación, medicina alternativa y complementaria Homeopática, tradicional china y neural terapéutica1 odontopediatría, endodoncia, periodoncia, ortodoncia, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica Imágenes diagnósticas no Ionizantes, atención inmediata tamización del parto1 internación Hospitalización parcial y hospitalización en la salud mental, quirúrgicos1cirugía ginecológica1 Prestación de servicios en apoyo diagnóstico y complementación terapéutica Fisioterapia, fonoaudiología y/o terapia del lenguaje, terapia ocupacional, terapia respiratoria, toma de muestras de laboratorio, toma de muestras de cuello uterino y ginecológico, laboratorio clínico y radiología odontológica.

Provision of low-complexity health services in immediate attention in emergencies, external consultation general medical consultation, nutrition and dietetics, optometry, psychology, general dentistry, nursing INTEGRAL CARE ROUTE FOR THE PROMOTION AND MAINTENANCE OF HEALTH Icare in health for early childhood, health care for the early childhood, adolescence, health care for youth, health care for adults, health care for the elderly, oral health care, early detection of cervical cancer, early detection of breast cancer, early detection of prostate cancer, early detection of colon and rectal cancer, care for family planning and contraception, MATERNAL PERINATAL HEALTH CARE ROUTE Igestational care, preconception care, care for the voluntary interruption of pregnancy, the of motherhood and fatherhood, oral health care, care for the prevention of food and nutrition, childbirth care, puerperium care, cervical cancer detection, prenatal care, newborn follow-up care1 Vaccination, telemedicine, diagnostic support and therapeutic complementation Idiagnostic Images Ionizers, pharmaceutical service, hospitalization Ipediatric hospitalization, adult hospitalization. Provision of medium complexity outpatient services pediatrics, family medicine, internal medicine, gynecology, anesthesia, dermatology, psychiatry, physical medicine and rehabilitation, alternative and complementary medicine Ihomeopathic, traditional Chinese, and neural therapy1 pediatric dentistry, endodontics, periodontics, orthodontics, diagnostic support and therapeutic complementation Inon-Ionizing diagnostic Images1 Immediate care Idelivery care1 hospitalization Ipartial hospitalization and hospitalization in mental health, surgery Igynecological surgery1. Provision of services in diagnostic support and therapeutic complementation Iphysiotherapy, speech therapy and/or language therapy, occupational therapy, respiratory therapy, laboratory sampling, cervical and gynecological sampling, clinical laboratory, and dental radiology.

which fulfils the requirements of the following standard

ISO 9001:2015

Issued on: 2010 09 01

Expires on: 2025 08 31

This attestation is directly linked to the IQNet Partner's original certificate and shall not be used as a stand-alone document

Registration Number: CO-SC7215-1

IQNet — *Alex Stoichitoiu, President of IQNet* — *Roberto Enrique Montoya Villa, CEO of ICONTEC* — icontec

IQNet Partners*: AENOR Spain AFNOR Certification France APCER Portugal CCC Cyprus CISQ Italy CQC China CQM China CQS Czech Republic Cro Cert Croatia DQS Holding GmbH Germany EAGLE Certification Group USA FCAV Brasil FONDONORMA Venezuela ICONTEC Colombia Inspecta Sertifiointi Oy Finland INTECO Costa Rica IRAM Argentina JQA Japan KFQ Korea MIRTEC Greece MSZT Hungary Nemko AS Norway NSAI Ireland NYCE-SIGE México PCBC Poland Quality Austria Austria RR Russia SII Israel SIQ Slovenia SIRIM QAS International Malaysia SQS Switzerland SRAC Romania TEST St Petersburg Russia TSE Turkey YUQS

* The list of IQNet partners is valid at the time of issue of this certificate. Updated information is available under www.iqnet-certification.com

VIGILADO Supersalud




icontec
ISO 9001
co-sc 7215-1
Red de Salud de Ladera E.S.E.
DIPLOMA DE PARTICIPACIÓN
La Red de Salud de Ladera E.S.E.
otorga el presente diploma a:
ALFREDO ZAPATA ESCOBAR
Por su valiosa participación como Auditori Interno de Calidad en el Ciclo de Auditorías Internas 2025 ISO 9001 Con una intensidad horaria de 24 horas, realizado del 12 de marzo al 21 de marzo de 2025.
Este reconocimiento refleja el compromiso con la calidad institucional y la mejora continua en los procesos de atención en salud.
Marzo 31 de 2025
DIANA CAROLINA VELASQUEZ MUÑOZ
Gerente



INDICADOR: Cumplimiento del plan modernización física y tecnológica

OBJETIVO ESPECIFICO: Mejorar las condiciones de la ESE de conformidad con los requisitos de habilitación y los estándares del SUA.

ANALISIS: Cumplimiento del programa de intervenciones programadas en infraestructura, equipamiento y fortalecimiento de los servicios de salud de la ESE.

1. Dotación y equipamiento biomédico

Dotación de mobiliario y equipos biomédicos en IPS Polvorines, IPS Siloé (sala de cirugía ginecológica y servicio de gestión transfusional) y unidades de ginecobstetricia.

Adquisición de equipos de cómputo y mobiliario para equipos básicos de salud.

Adecuación de sedes administrativas y fortalecimiento de la infraestructura para cumplir con requisitos normativos (SGSST).

Impacto: Mejora de la capacidad operativa, cumplimiento normativo y ampliación de servicios especializados.

2. Mejoramiento físico y obras de infraestructura

Mejoras en IPS La Sirena, IPS Siloé (sala de cirugía y sala transnacional), IPS Hormiguero y salas de espera de IPS Primero de Mayo.

Proyectos de adecuaciones menores financiados por el Ministerio de Salud: Fray Damián, Golondrinas, La Vorágine y Cascajal (beneficiando a más de 8.300 personas, ejecución en enero-febrero de 2026).

Proyecto Terrón Colorado: aprobación de vigencias futuras, licencia de construcción obtenida, reposición y fortalecimiento integral de servicios (beneficiando a más de 91.000 personas).

Reposición y modernización del Puesto de Salud La Buitrera: estudios y diseños avanzados para viabilidad técnica y futura ejecución.

Instalación y mantenimiento de sistemas eléctricos, climatización, sistemas de bombeo y tanques de agua potable en varias IPS.

3. Proyectos estratégicos y gestión

Participación en eventos técnicos (XIV Congreso de Ingeniería y Arquitectura Hospitalaria)

Gestión de nuevas unidades móviles de atención primaria, ampliando la cobertura a más de 190.000 usuarios en territorios de difícil acceso.

Titulación de predio de Terrón Colorado, permitiendo inversión segura en infraestructura de salud.

Modernización y mantenimiento continuo de unidades móviles y plantas eléctricas, garantizando continuidad en la prestación de servicios.

Durante el primer trimestre, se evidenció un avance significativo en infraestructura, equipamiento y modernización de IPS, fortaleciendo la capacidad de atención, asegurando la cobertura poblacional y cumpliendo con los objetivos estratégicos del programa de intervenciones. Los proyectos en curso y la adquisición de nuevas unidades móviles garantizan la sostenibilidad y expansión de los servicios de salud de la ESE.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

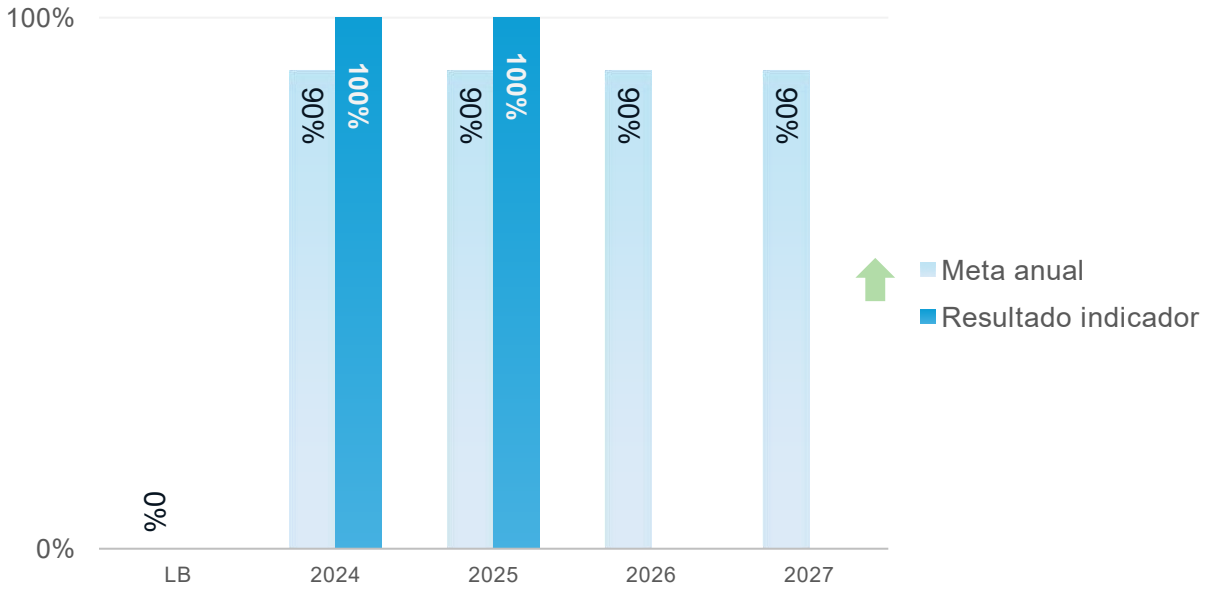
- ✓ Dotación sala de cirugía ginecológica IPS Siloé
- ✓ Dotación servicio de gestión transfusional IPS Siloé
- ✓ Mejoramiento físico IPS La Sirena
- ✓ Mejoramiento físico habilitación sala de cirugía
- ✓ Gestión de proyecto reposición IPS La Buitrera
- ✓ Mejoramiento algunas áreas de la IPS hormiguero
- ✓ Mantenimiento correctivo de las unidades móviles
- ✓ Instalación y manteamiento de aires acondicionado en varios servicios
- ✓ Dotación y adecuaciones para el cumplimiento de requisitos normativos del SGSST
- ✓ Dotación y adecuación de la sala transfuncional de la IPS Siloé
- ✓ Dotación de la sala de cirugía de la IPS Siloé
- ✓ Gestión de recursos y contratación de mejoramiento físico de IPS Montebello
- ✓ Mantenimiento correctivo de planta eléctrica y sistema eléctrico de la IPS Lourdes
- ✓ Climatización de salas de espera de la IPS Primero de Mayo
- ✓ Gestión de las adecuaciones y el suministro del transformador eléctrico del Hospital Cañaveralejo
- ✓ Adquisición de equipos biomédicos, mobiliario y equipos de computo, para equipos básicos de salud.
- ✓ Alquiler y adecuación de sede administrativa para proyecto de equipos básicos de salud.
- ✓ Participación en el XIV congreso de ingeniería y arquitectura Hospitalaria, con el proyecto Reposición del Centro de Salud Terron Colorado.

- ✓ Elaboración de maqueta del proyecto Reposición del Centro de Salud Terron Colorado
- ✓ Reparación de sistema de bombeo de IPS Siloé.
- ✓ Adquisición e instalación de tanques de agua potable en IPS.

RETOS:

- ✓ Lograr la culminación y puesta en funcionamiento del proyecto Terrón Colorado (inversión de $30.000 millones) para ampliar la capacidad instalada y el portafolio de servicios especializados que beneficiará a más de 91.000 habitantes de la Comuna 1 y la zona rural de Cali.
- ✓ Asegurar la viabilidad técnica y sectorial del proyecto "Reposición del Puesto de Salud La Buitrera" mediante la culminación de la gestión de licencias (esquema de implantación y construcción) para lograr su inclusión y financiación a través del Distrito.
- ✓ Asegurar la adquisición y puesta en funcionamiento, para diciembre de 2025, de la nueva unidad móvil de atención primaria (Convenio con la Secretaría de Salud Distrital), con el fin de triplicar la capacidad extramural y llevar oferta médica y odontológica a más de 190.000 usuarios en territorios de difícil acceso o sin cobertura de IPS.
- ✓ Asegurar la adquisición y puesta en operación de equipos biomédicos especializados para consolidar la Unidad de Ginecobstetricia en IPS Siloé.
- ✓ Garantizar la dotación completa (biomédica, tecnológica y mobiliario) de los Equipos Básicos de Salud para optimizar su capacidad de atención en territorio.
- ✓ Lograr el alquiler y la adecuación oportuna de la sede administrativa central para el despliegue logístico y operativo de los Equipos Básicos de Salud.
- ✓ Utilizar la participación en el XIV Congreso de Ingeniería Hospitalaria para obtener visibilidad, retroalimentación técnica y potencial apoyo para el proyecto Terrón Colorado.
- ✓ Finalizar la elaboración de la maqueta del Centro de Salud Terrón Colorado como herramienta clave de gestión, comunicación y promoción del proyecto.
- ✓ Garantizar la continuidad operacional y salubridad de la IPS Siloé mediante la reparación inmediata y efectiva de su sistema de bombeo de agua.
- ✓ Reforzar la seguridad hídrica y la capacidad de reserva de agua potable en las IPS a través de la adquisición e instalación de nuevos tanques.

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MODERNIZACION FISICA Y TECNOLOGICA





VIGILADO Supersalud

Red de Salud de Ladera · E.S.E.

Nos soñamos la maqueta que ilustrara el sueño de nuestro proyecto





RENDERS



VIGILADO Supersalud





VIGILADO Supersalud

Sede Administrativa
Calle 5C # 39 – 51 Barrio Tequendama / PBX 608 0124
Nit. 805.027.289-9
www.saludladera.gov.co

icontec ISO 9001 co-sc 7215-1
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM







VIGILADO Supersalud

Sede Administrativa
Calle 5C # 39 – 51 Barrio Tequendama / PBX 608 0124
Nit. 805.027.289-9

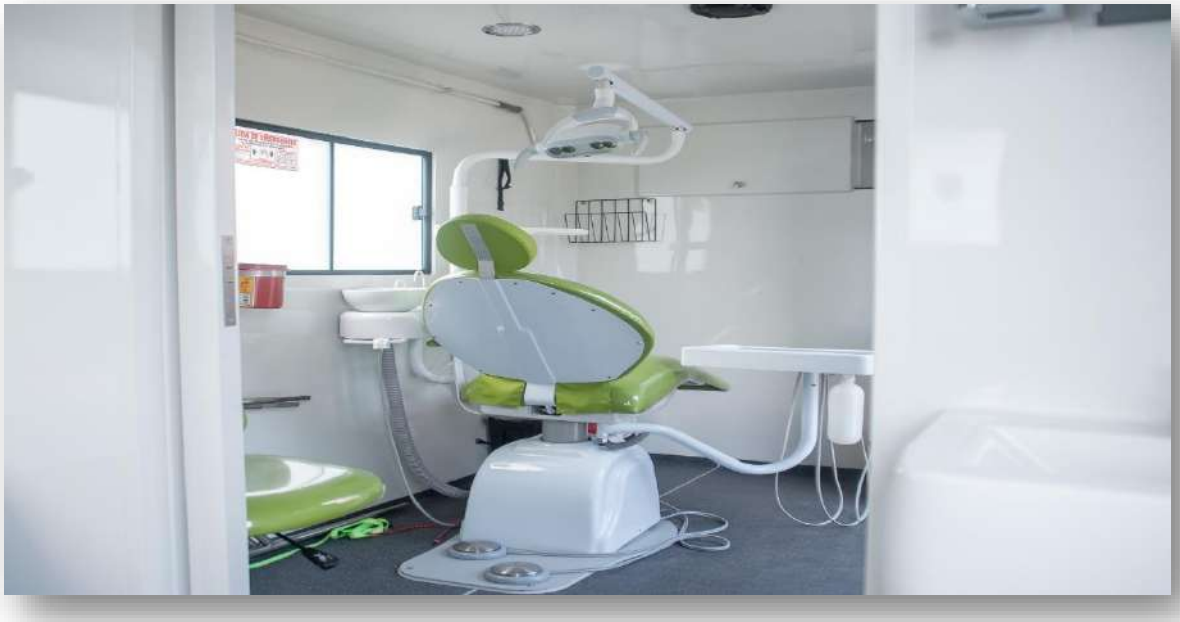
www.saludladera.gov.co

icontec ISO 9001 co-sc 7215-1
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

Red de Salud de Ladera · E.S.E.

UNIDAD MÒVIL





VIGILADO Supersalud

Red de Salud de Ladera · E.S.E.

Adecuación de la infraestructura de la IPS Cascajal









VIGILADO Supersalud

Red de Salud de Ladera · E.S.E.

Adecuación de la infraestructura de la IPS Golondrinas





VIGILADO Supersalud

Red de Salud de Ladera · E.S.E.

Adecuación de la infraestructura de la IPS La Vorágine









VIGILADO Supersalud

Red de Salud de Ladera · E.S.E.

Adecuación de la infraestructura de la IPS Fray Damián





VIGILADO Supersalud

Sede Administrativa
Calle 5C # 39 – 51 Barrio Tequendama / PBX 608 0124
Nit. 805.027.289-9
www.saludladera.gov.co

icontec ISO 9001 co-sc 7215-1
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

INDICADOR: Ejecución de investigaciones científicas o académicas

OBJETIVO ESPECIFICO: Promover la generación de conocimiento en el sector.

ANALISIS: Durante el año, la Red de Salud de Ladera E.S.E. fortaleció su gestión investigativa mediante el desarrollo de proyectos en salud pública, diagnóstico, vigilancia epidemiológica, innovación tecnológica y humanización de la atención, evidenciando un comportamiento investigativo sólido. Estas iniciativas aportaron evidencia y herramientas para la toma de decisiones clínicas y administrativas, así como para el mejoramiento continuo de la atención. Destaca el proyecto “Educando tu Corazón”, orientado a la formación de líderes comunitarios en salud cardiovascular y cerebrovascular, con enfoque en determinantes sociales y poblaciones vulnerables del territorio.

ACTIVIADES REALIZADAS:

- ✓ Se aprobó la Política de Investigaciones
- ✓ Detección de Dengue en saliva y orina (RT-PCR): Busca validar métodos diagnósticos alternativos (no invasivos) en pacientes en Cali, entre 2024 y 2025, considerando variables clínicas y demográficas.
- ✓ Guía de Práctica Clínica para Dengue con IA: Utiliza herramientas digitales para analizar la adherencia a la Guía Nacional de Atención en instituciones de diferentes niveles de complejidad.
- ✓ Vacuna tetravalente contra el dengue (DEN 306): Ensayo clínico fase 3 en población pediátrica (6 a 21 meses) para evaluar seguridad e inmunogenicidad como parte del esquema regular de vacunación.
- ✓ Wolbachia en Aedes aegypti: Proyecto piloto que logró cobertura de 86 km² en la ciudad de Cali al cierre de la Fase IV, protegiendo a cerca de 2 millones de habitantes mediante el control biológico del mosquito transmisor.
- ✓ Se aprobó la Política de Investigaciones
- ✓ Detección de Dengue en saliva y orina (RT-PCR): Busca validar métodos diagnósticos alternativos (no invasivos) en pacientes en Cali, entre 2024 y 2025, considerando variables clínicas y demográficas.
- ✓ Guía de Práctica Clínica para Dengue con IA: Utiliza herramientas digitales para analizar la adherencia a la Guía Nacional de Atención en instituciones de diferentes niveles de complejidad.

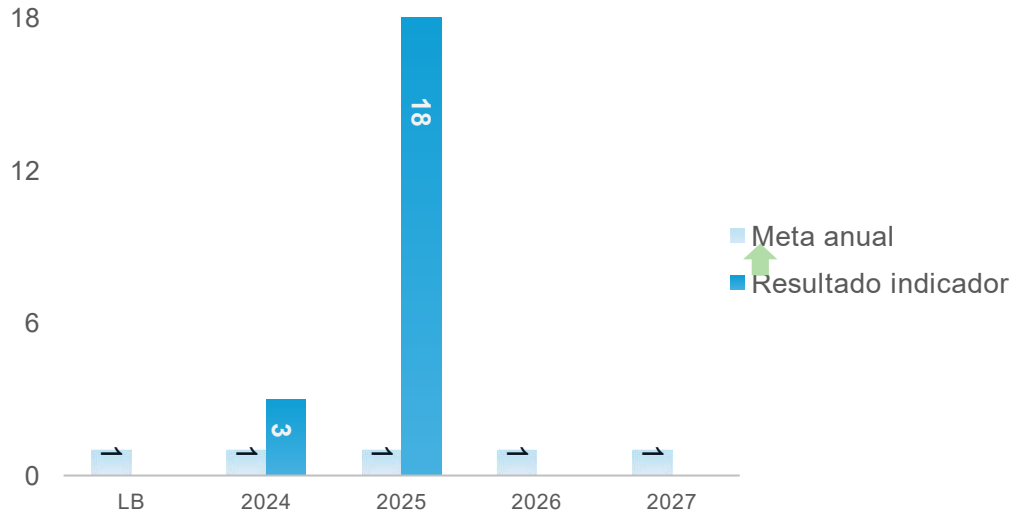
- ✓ Vacuna tetravalente contra el dengue (DEN 306): Ensayo clínico fase 3 en población pediátrica (6 a 21 meses) para evaluar seguridad e inmunogenicidad como parte del esquema regular de vacunación.
- ✓ Wolbachia en Aedes aegypti: Proyecto piloto que logró cobertura de 86 km² en la ciudad de Cali al cierre de la Fase IV, protegiendo a cerca de 2 millones de habitantes mediante el control biológico del mosquito transmisor.
- ✓ Identificación de niveles de estrés laboral en auxiliares de enfermería, un grupo clave en la atención primaria de salud.
- ✓ Medición objetiva de la motivación laboral, lo cual facilita entender factores que inciden en la permanencia y rendimiento del personal.
- ✓ Aporte de datos post-comercialización sobre seguridad de la vacuna Rotarix, reforzando la farmacovigilancia en la región.
- ✓ Identificación y análisis de factores de riesgo asociados a la invaginación intestinal en lactantes menores de un año.
- ✓ Fortalecimiento de la seguridad y confidencialidad de la historia clínica electrónica.
- ✓ Mejora de la eficiencia operativa, reduciendo errores humanos y optimizando la gestión de equipos biomédicos y recursos humanos.
- ✓ Aporte tecnológico estratégico que posiciona a la Red de Salud de Ladera en un nivel innovador en el manejo de información en salud.
- ✓ Identificación de patrones y factores asociados al control de la hipertensión y la diabetes.
- ✓ Crear y aplicar un curso para líderes sociales que promueva hábitos de vida saludable y el reconocimiento de riesgos asociados a enfermedades crónicas no transmisibles.
- ✓ Diseño del curso en un entorno virtual con 5 módulos (salud, nutrición, actividad física, manejo del estrés y prevención de adicciones).
- ✓ Ajustar el enfoque pedagógico a las características reales de los líderes comunitarios.
- ✓ Diseñar y validar una herramienta digital que permita generar estrategias de marketing informadas en el sector salud.
- ✓ Identificación y calificación de déficits frente a la ruta de atención en violencia de género e intrafamiliar
- ✓ Evaluación de la calidad de atención (conocimiento del personal, activación de rutas, seguimiento).

VIGILADO Supersalud

- ✓ Análisis integrado con Machine Learning para caracterizar déficits institucionales en 6 dimensiones (reglas del juego, Inter institucionalidad, recursos, funciones, recursos humanos, capacidad individual).
- ✓ Busca evaluar el impacto de un módulo educativo virtual sobre PrEP en médicos de atención primaria, con énfasis en conocimientos, habilidades y prácticas de prescripción
- ✓ Medir cambios en conocimiento, comodidad y familiaridad en el uso de PrEP.
- ✓ Diseño cuasiexperimental sin grupo control, con mediciones pre y postintervención.
- ✓ Evaluación final de conocimientos, habilidades y usabilidad
- ✓ Fortalecimiento de capacidades clínicas para prevención del VIH.

RETOS:

- ✓ Incorporación de herramientas de inteligencia artificial para la automatización de procesos rutinarios y gestión de recursos.
- ✓ Aplicación de instrumentos validados (EEEL y R-MAWS) para medir estrés laboral y motivación en auxiliares de enfermería.
- ✓ Diseño metodológico cuantitativo con alcance correlacional y transversal, garantizando rigor en la medición de variables.
- ✓ Ejecución de un estudio multicéntrico, observacional y prospectivo en varios países de Latinoamérica, con participación de hospitales de la Red.
- ✓ Selección de casos y controles bajo criterios rigurosos, garantizando confiabilidad en los hallazgo



EVIDENCIA:



Sede Administrativa Calle 5C # 39 – 51
Barrio Tequendama / PBX: 608 0124
Nit. 805.027.289-9

LLEVAR A CABO ACTIVIDADES DE INNOVACIÓN PÚBLICA DIGITAL A TRAVÉS DE ALIANZAS CON OTROS ACTORES

parto intercultural es un proyecto financiado por la GIZ y realizado por la fundación Aparir y la ESE Ladera que busca mejorar la atención de Partos a través del parto intercultural.

Se adjunta link: Partos desde el respeto cultural es el propósito de alianza internacional entre hospital de Alemania y la ESE Ladera de Cali

Partos desde el respeto cultural es el propósito de alianza internacional entre hospital de Alemania y la ESE Ladera de Cali



VIGILADO Supersalud





INDICADOR: Cobertura de atención en telesalud en la zona rural.

OBJETIVO ESPECIFICO: Prevenir y eliminar cualquier barrera de atención por condiciones de accesibilidad.

ANALISIS: Durante el año 2025 se evidenció un aumento progresivo en la adherencia de los usuarios al servicio de Telemedicina, especialmente en el primer y tercer trimestre, lo que se reflejó en el incremento del número de consultas y en la disponibilidad de un mayor número de profesionales de salud para la atención. En el

cuarto trimestre, la prestación del servicio se realizó en 13 de las 16 IPS programadas, debido a adecuaciones de infraestructura en las IPS Vorágine, Golondrinas y Cascajal.

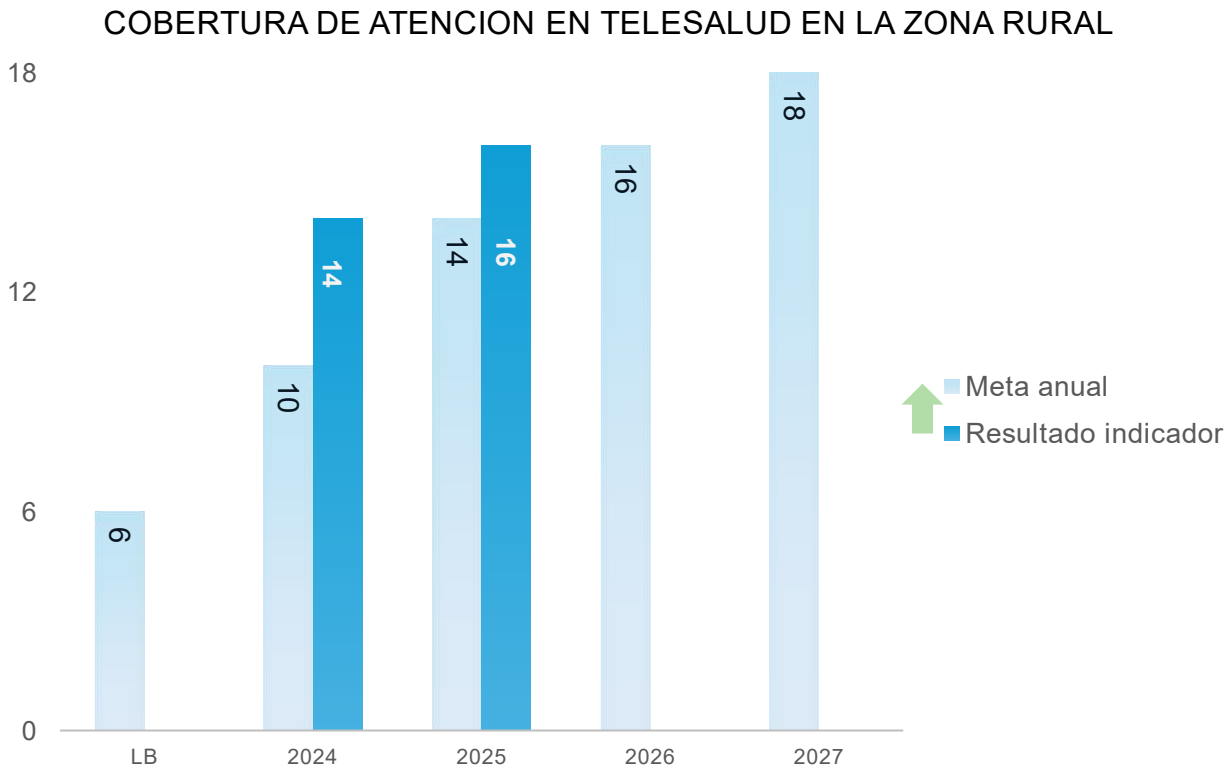
ACTIVIDADES REALIZADAS:

- ✓ Se mejoro la adherencia de los usuarios al proceso de Telemedicina logrando incrementar el número de consultas, a su vez se cuenta con más profesionales de salud para las atenciones de telemedicina logrando dar más cobertura a procesos como Pediatría, ginecología y medicina general.
- ✓ Seguimiento a la adherencia de usuarios a la atención por Telemedicina.
- ✓ Ampliación de la cobertura de consultas por Telemedicina, alcanzando un total de 1.033 atenciones en el trimestre, lo que representa un incremento significativo respecto a periodos anteriores.
- ✓ Vinculación de nuevos profesionales de salud a la estrategia de Telemedicina.
- ✓ Optimización de la agenda médica en línea, permitiendo una mayor capacidad de atención y reducción en los tiempos de espera para los usuarios.
- ✓ Fortalecimiento del equipo de soporte técnico y logístico para garantizar la continuidad y calidad en las atenciones virtuales
- ✓ Fortalecimiento del equipo de soporte técnico y logístico para garantizar la continuidad y calidad en las atenciones virtuales
- ✓ Se cuenta con más profesionales de salud para las atenciones de telemedicina logrando dar más cobertura a procesos como Pediatría, ginecología, medicina interna, medicina familia y medicina general.
- ✓ Se realizaron sensibilizaciones al personal y liga de usuarios en la ruta de acceso a la atención bajo la modalidad de telemedicina y sus beneficios.

RETOS:

- ✓ Garantizar la continuidad y escalabilidad del servicio de Telemedicina
- ✓ Asegurar que el 100% de las atenciones por Telemedicina cumplan con estándares de calidad.
- ✓ Reducir las barreras tecnológicas que enfrentan usuarios en zonas rurales o con baja conectividad.

- ✓ Capacitar al 100% del personal clínico y administrativo en competencias digitales y herramientas de Telemedicina.
- ✓ Continuar con las actividades de capacitación, socialización y seguimiento a los pacientes con el fin de mantener y aumentar la cobertura en la Red de Salud Ladera ESE.



EVIDENCIA:

Red de Salud de Ladera · E.S.E.

















VIGILADO Supersalud

Sede Administrativa
Calle 5C # 39 – 51 Barrio Tequendama / PBX 608 0124
Nit. 805.027.289-9

www.saludladera.gov.co

icontec ISO 9001 co-sc 7215-1

IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

INDICADOR: Proporción de satisfacción global de usuarios

OBJETIVO ESPECIFICO: Garantizar altos estándares de calidad en la atención.

ANALISIS:

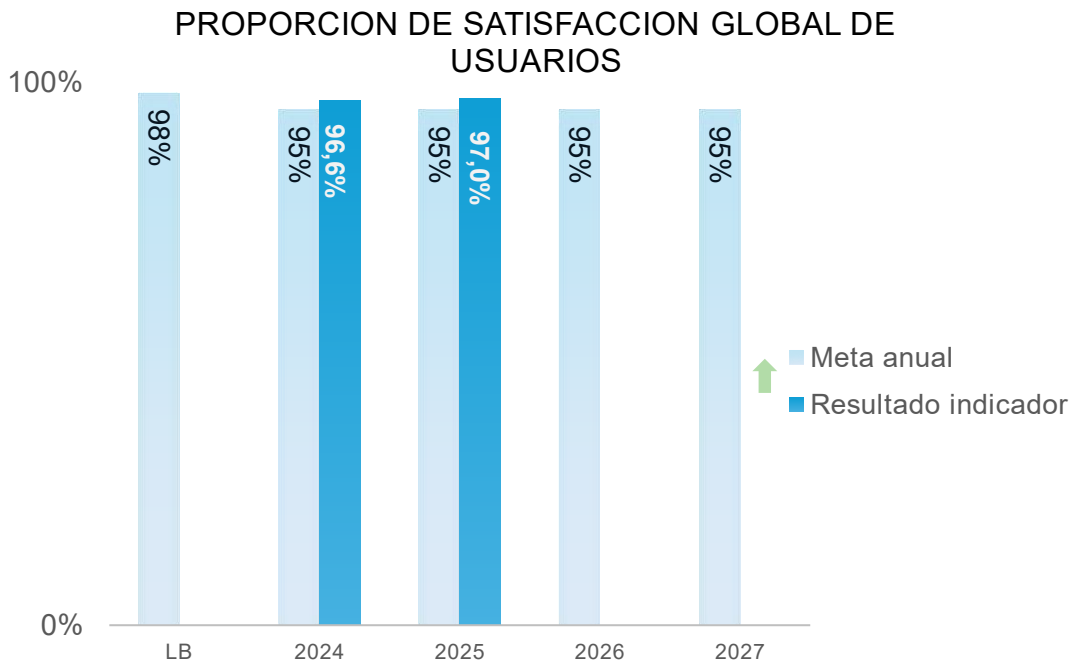
Durante el año 2025, la Red de Salud de Ladera E.S.E. realizó encuestas de satisfacción a los usuarios en cumplimiento de la Resolución 216 de 2016, como insumo para la medición del desempeño y el mejoramiento continuo de los procesos. En el segundo, tercer y cuarto trimestre se aplicaron un total de 5.073 encuestas, evidenciando altos y sostenidos niveles de satisfacción, con resultados del 97,14 %, 97,68 % y 97,25 %, respectivamente. Estos resultados reflejan una percepción positiva de los usuarios frente a la prestación de los servicios y el compromiso institucional con la calidad y la mejora continua.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- ✓ Encuestas y evaluaciones periódicas
- ✓ Implementación de Stand de escucha
- ✓ Elaboración de los informes mensuales y socializados con los lideres de los procesos.
- ✓ Aplicación de encuestas de satisfacción en las 37 ips de la Red de Salud de Ladera de acuerdo con la muestra.
- ✓ Participación en jornadas de salud con los Stand de centro de escucha
- ✓ Socialización de los informes mensuales con los líderes de proceso y coordinadores de comunas.
- ✓ Capacitación a funcionarios en los temas relacionados con la satisfacción al usuario.
- ✓ Participación continua en inducción y reinducción al personal
- ✓ se evidencio una tendencia positiva y sostenida en el nivel de satisfacción de los usuarios de las IPS de la Red de Salud Ladera.
- ✓ Se evidencio avances en la calidad de la atención y en las estrategias implementadas para fortalecer el trato humanizado y la experiencia del usuario.
- ✓ Socialización de los informes mensuales con los líderes de proceso y coordinadores de comunas.
- ✓ Capacitación a funcionarios en los temas relacionados con la satisfacción al usuario.

RETOS:

- ✓ Se sugiere la necesidad de fortalecer acciones de mejora continua para sostener y elevar los niveles de satisfacción alcanzados.
- ✓ Continuar con la inducción y reinducción al personal.
- ✓ Seguir con la Socialización de los informes mensuales con los líderes de proceso críticos.



EVIDENCIA:

VIGILADO Supersalud





VIGILADO Supersalud

Sede Administrativa
Calle 5C # 39 – 51 Barrio Tequendama / PBX 608 0124
Nit. 805.027.289-9
www.saludladera.gov.co

icontec ISO 9001 co-sc 7215-1
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM











VIGILADO Supersalud



OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: Mejorar la efectividad de los programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

INDICADOR: Tiempo promedio entre la remisión de pacientes con diagnostico presuntivo de cáncer de mama (mamografía o ecografía BIRADS 4 o 5) y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes en pacientes asignadas a la IPS.

ANALISIS:

Durante el año se evidenció un cumplimiento sostenido y efectivo de las actividades de seguimiento en los casos sospechosos de cáncer de mama, con resultados positivos en oportunidad, eficiencia y adherencia a los tiempos establecidos.

En el primer y segundo trimestre, se cumplió de manera adecuada con las actividades de seguimiento en los 5 casos presentados en cada periodo, destacándose la eficiencia en los tiempos de respuesta, el cumplimiento en el agendamiento oportuno y la demanda inducida a las pacientes pertenecientes a la red de salud de ladera. Estas acciones permitieron una atención eficaz y organizada.

Durante el tercer trimestre, se evidenció una mejora significativa en la oportunidad de entrega de órdenes diagnósticas, con un tiempo promedio de 6,15 días, resultado

que supera ampliamente la meta institucional establecida (< 30 días), reflejando un fortalecimiento en los procesos internos y de coordinación.

En el cuarto trimestre, se mantuvo el buen desempeño, con un tiempo promedio de 11,00 días para la entrega de órdenes diagnósticas, igualmente cumpliendo de forma holgada la meta establecida. En este periodo se identificaron 18 nuevos casos sospechosos, principalmente afiliados a Emssanar (12 pacientes), seguidos de Coosalud (3), Asmetsalud (2) y Nueva EPS (1).

En conclusión, el comportamiento anual demuestra una gestión efectiva, oportuna y en mejora continua, con cumplimiento de metas, adecuada capacidad de respuesta ante el aumento de casos y un impacto positivo en la atención de las pacientes de la red de salud de ladera.

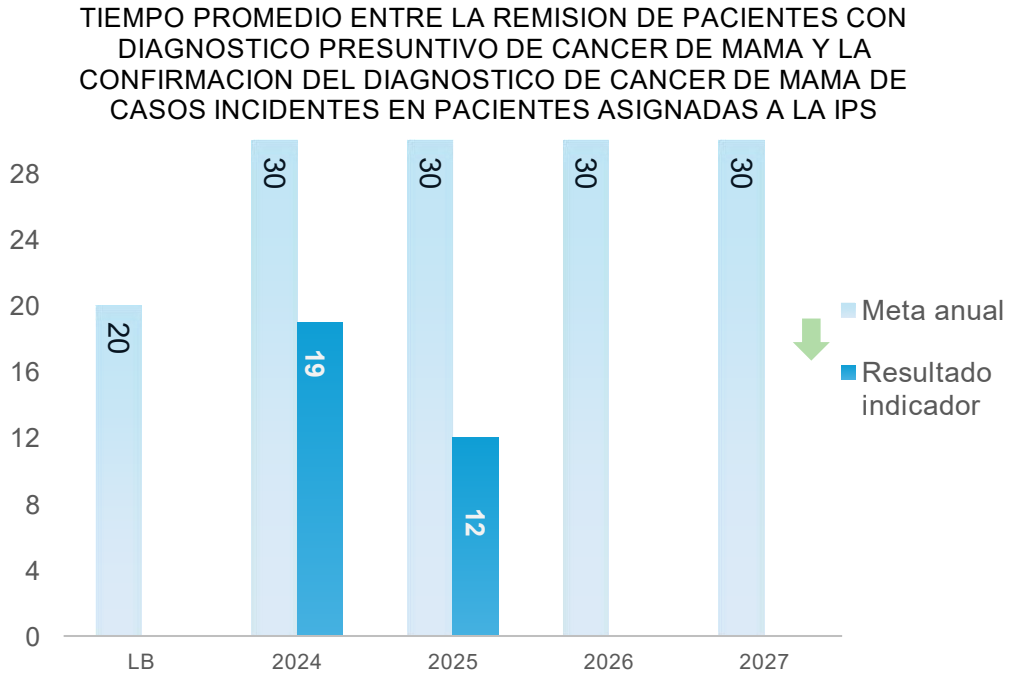
ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Desde las 37 IPS de la red de salud Ladera ESE, se realiza demanda inducida, a todas las mujeres desde los 50 años de edad hasta los 69 años de edad para la toma de mamografía y a todas las mujeres a partir del inicio de su ciclo menstrual para realizar el autoexamen de mama para poder realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Se realiza seguimiento exhaustivo de las mamografías tomadas, para dar un diagnóstico y tratamiento oportuno, dicha acción permite realizar una gestión en salud eficiente.
- Seguimiento exhaustivo de las mamografías realizadas, lo que ha permitido acelerar los tiempos de diagnóstico y facilitar la gestión de tratamientos de manera oportuna.
- Revisión y estandarización del protocolo de remisión, asegurando que tanto médicos generales como especialistas sigan una ruta unificada ante sospecha de cáncer de mama.
- Seguimiento activo a pacientes remitidas, garantizando la trazabilidad de cada caso desde la remisión hasta la confirmación diagnóstica.
- Agendamiento prioritario de estudios imagenológicos, incluyendo mamografía, ecografía mamaria y entrega del resultado, para pacientes con criterios clínicos de sospecha.

- Gestión para disponibilidad oportuna de biopsia mamaria posterior a imágenes sospechosas, asegurando tiempos adecuados para la toma y entrega de resultados.
- Vigilancia permanente del cumplimiento de los tiempos de entrega de resultados diagnósticos, especialmente los informes de patología.
- Inducción y capacitación continua del personal médico del primer nivel, enfocada en la detección temprana, signos de alarma y manejo adecuado de la ruta de atención del cáncer de mama.
- Articulación con las EPS asignadas, lo que ha permitido fortalecer los tiempos de respuesta y la efectividad en el acceso a servicios diagnósticos y confirmatorios
- Se observa un incremento en la detección de casos a años anteriores y una reducción significativa en el tiempo de espera para la confirmación diagnóstica. Esto evidencia una mejora en la oportunidad de atención y un avance hacia una atención más oportuna y resolutiva.
- Seguimiento exhaustivo de las mamografías realizadas, lo que ha permitido acelerar los tiempos de diagnóstico y facilitar la gestión de tratamientos de manera oportuna.
- Actividades que se realizan después de verificar resultados en matriz diligenciada de manera diaria. Desde la parte administrativa se les realiza seguimiento.
- Revisión y estandarización del protocolo de remisión, asegurando que tanto médicos generales como especialistas sigan una ruta unificada ante sospecha de cáncer de mama.
- Seguimiento activo a pacientes remitidas, garantizando la trazabilidad de cada caso desde la remisión hasta la confirmación diagnóstica.
- Agendamiento prioritario de estudios imagenológicos, incluyendo mamografía, ecografía mamaria y entrega del resultado, para pacientes con criterios clínicos de sospecha.
- Gestión para disponibilidad oportuna de biopsia mamaria posterior a imágenes sospechosas, asegurando tiempos adecuados para la toma y entrega de resultados.
- Vigilancia permanente del cumplimiento de los tiempos de entrega de resultados diagnósticos, especialmente los informes de patología.

VIGILADO Supersalud

- Inducción y capacitación continua del personal médico del primer nivel, enfocada en la detección temprana, signos de alarma y manejo adecuado de la ruta de atención del cáncer de mama.
- Articulación con las EPS asignadas, lo que ha permitido fortalecer los tiempos de respuesta y la efectividad en el acceso a servicios diagnósticos y confirmatorios.
- En resumen, el trabajo articulado, la gestión activa de casos y el enfoque preventivo han permitido reducir de manera importante los tiempos de espera para la confirmación diagnóstica de cáncer de mama, mejorando la calidad y oportunidad en la atención de las pacientes.



EVIDENCIA:





VIGILADO Supersalud



INDICADOR: Cobertura de vacunación en niños hasta 1 año.

OBJETIVO ESPECIFICO: Contribuir a la implementación de los planes orientados a la erradicación de los eventos inmunoprevenibles a través de **la** vacunación.

ANALISIS: Durante el año, la estrategia de vacunación sin barreras mostró resultados positivos, permitiendo que los menores de un año nacidos a partir de 2024 recibieran la tercera dosis de pentavalente de acuerdo con el esquema de vacunación, cumpliendo satisfactoriamente con la meta establecida.

Se mantuvo un enfoque integral y proactivo, implementando:

Jornadas extramurales, acercando la vacunación a la comunidad, especialmente en zonas con barreras geográficas o sociales.

Acciones de demanda inducida: visitas domiciliarias y llamadas telefónicas para asegurar que los niños completaran su esquema.

Gestión de bases de datos para seguimiento y recordatorios oportunos.

Participación en jornadas nacionales y de salud, coordinadas con programas de salud familiar y salud sexual y reproductiva, ampliando la cobertura.

El comportamiento mensual del indicador estuvo influenciado por el cumplimiento del esquema de vacunación: los niños deben haber recibido previamente la primera y segunda dosis antes de aplicar la tercera a los 6 meses. Retrasos en dosis anteriores generaron variaciones mensuales, lo que explica las fluctuaciones del indicador a lo largo del año.

En conclusión, la gestión anual evidencia un cumplimiento sostenido y eficiente del esquema de vacunación, con estrategias que facilitan el acceso, aumentan la cobertura y promueven la continuidad en la vacunación infantil.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Captación de menores de un año nacidos para la tercera dosis de pentavalente
- Jornadas de vacunación extramural, acciones de demanda inducida tanto telefónica y casa a casa, además de gestión de bases.
- Participación activamente en las jornadas nacionales de vacunación
- Implementación de jornadas de vacunación extramural
- Articulación con colegios y empresas
- Acciones de demanda inducida tanto telefónica y casa a casa, además de gestión de bases.
- organizadas en conjunto con los programas de salud familiar y salud sexual y reproductiva.
- Demanda inducida telefónicamente y extramural, gestión de bases de datos
- Acciones de demanda inducida tanto telefónica y casa a casa, además de gestión de bases.
- Se hicieron visitas domiciliarias a los menores faltantes por tercera dosis de pentavalente y completar los esquemas atrasados.

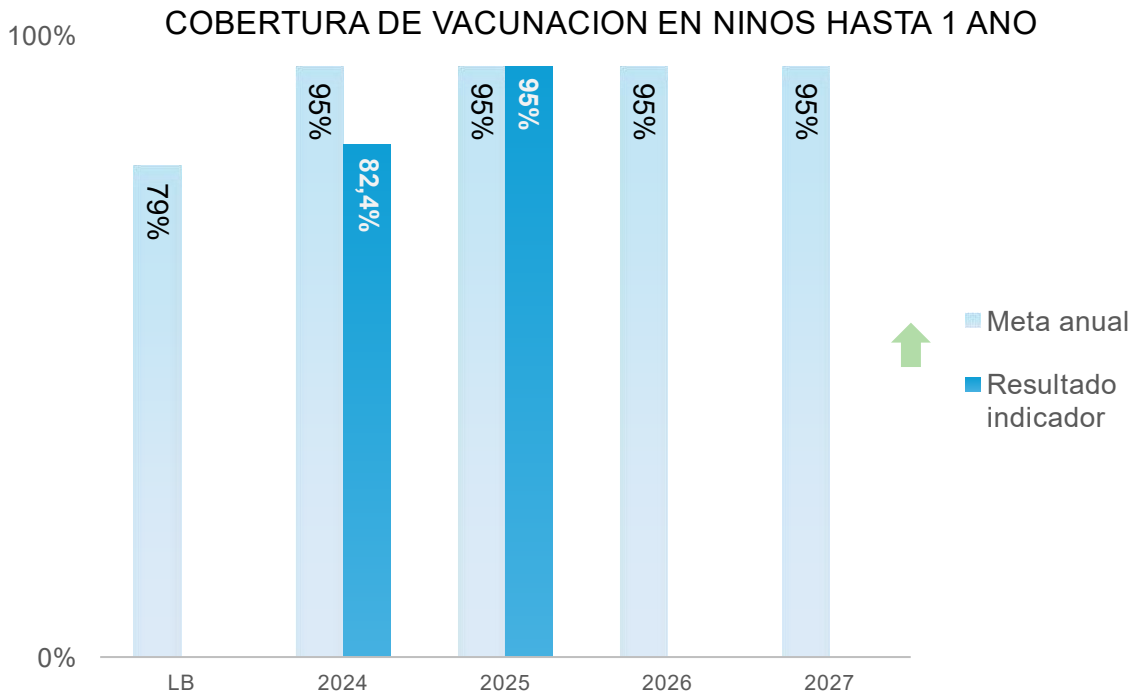
RETOS:

- Intensificar las estrategias de demanda inducida telefónica, presencial y comunitaria, orientadas a promover la asistencia oportuna de la población infantil

a los servicios de vacunación, priorizando a los niños con esquemas incompletos o rezagados.

- Implementar acciones de sensibilización dirigidas a la comunidad que permitan incentivar y reforzar el reconocimiento de la vacunación como un derecho fundamental de los niños, garantizando su carácter gratuito, obligatorio y libre de barreras de acceso, contribuyendo así a la aceptación y adherencia a los esquemas de vacunación.

- Fortalecer la articulación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y con los diferentes programas institucionales, con el propósito de actualizar y depurar la información de contacto de los usuarios, mejorando la localización efectiva de la población objetivo y aumentando la oportunidad de seguimiento y captación.







VIGILADO Supersalud

INDICADOR: Razón de mortalidad materna

OBJETIVO ESPECIFICO: Mantener la tasa de mortalidad materna en cero de las a gestantes tendidas en la Red

ANALISIS: Durante el año, la captación temprana de gestantes mediante pruebas de embarazo permitió una detección oportuna, facilitando intervenciones preventivas desde etapas iniciales del embarazo y contribuyendo al cumplimiento positivo del indicador de atención materna.

El logro de este resultado se debe a:

El esfuerzo coordinado de todos los actores de la ruta materno-perinatal en la red.

El mejoramiento del acceso al programa de control prenatal, que permite identificar y manejar complicaciones tempranas.

La disponibilidad de personal capacitado en sala de partos y la presencia de ginecólogos, aumentando la capacidad resolutiva y la calidad de la atención.

Gracias a estas acciones, durante el año no se presentaron casos de mortalidad materna evitable en la institución ni se reportaron por el ente territorial, reflejando un modelo de atención seguro, eficiente y centrado en la prevención.

En conclusión, la gestión anual evidencia un modelo de atención materna integral y de alta calidad, con detección temprana, seguimiento adecuado y reducción de riesgos para madres e infantes.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

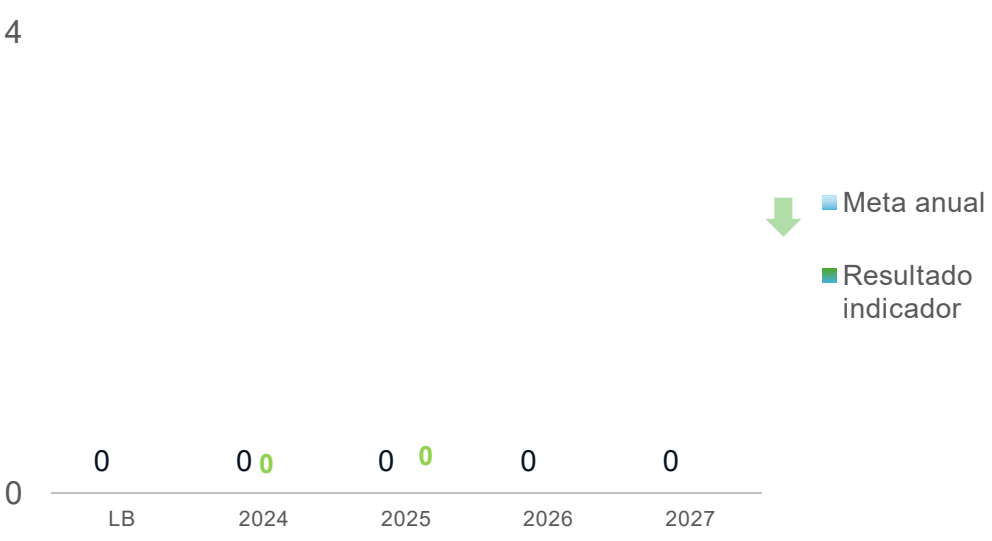
- Se está fortaleciendo el ingreso temprano a través de la entrega de resultados de pruebas de embarazo positivas para captación temprana e ingreso a el programa.

- Se realiza capacitación a médicos de consulta externa frente a ruta materno perinatal.
- Se realiza capacitación a médicos de las urgencias en manejo de trastornos hipertensivos en el embarazo.
- Captación temprana de las gestantes a través de las pruebas de embarazo.
- Auditoria a Historias clínicas por parte de ginecología.
- Reporte de gestantes con MME a las IPS para seguimiento.
- Capacitación por parte de ginecóloga en ruta materno perinatal.
- Socialización de la alerta amarilla del distrito.
- Se realiza Reunión con funcionarios involucrados en la ruta materno perinatal tanto de consulta externa y sala de partos con el fin de disminuir las brechas. esta estuvo liderada por la subgerencia científica y asistencial.
- Se revisa todos los componentes de la ruta materno perinatal, se socializan el aumento de la capacidad resolutiva en la sala de partos por lo cual se espera mejoramiento en el número de partos atendidos, se socializa alerta amarilla por cierre de servicios de ginecobstetricia y neonatología.
- Se realizan capacitación en ruta materno a personal que ingresa y reinducción a personal ya en la ruta.
- Acompañamiento del ente territorial en aplicación de instrumento Isabel a el cual se tiene cumplimiento
- Se Participación en espacio semanal con ente territorial de seguimiento a estrategias de Plan de reducción de mortalidad materna, donde se revisan indicadores y estrategias éxitos desarrollas para implementar.
- Se realizo reunión mensual comité materno infantil con ente territorial con acompañamiento de ente territorial se generó plan operativo con estrategias acorde con líneas de acción de PARE de reducción mortalidad materna.
- Se realiza monitoreo a Historias clínicas por parte de ginecología con instrumento aportado por distrito.
- Se reportan gestantes con MME a las IPS para seguimiento.
- Se participo en capacitaciones fortalecimiento y desarrollo de competencias del talento humano virtuales brindadas por ente territorial
- Se está ejecutando cronograma de cursos para maternidad y paternidad con temas de interés para fortalecer la información y concientización sobre la salud materna

- **RETOS:**

- Garantizar la captación e ingreso oportuno de las gestantes al control prenatal.
- Reportar barreras y casos especiales a las entidades de salud (EAPB y ente territorial).
- Disponer de todas las atenciones incluidas en la ruta.
- Inducción y reinducción a funcionarios que intervienen en la ruta.

RAZON DE MORTALIDAD MATERNA



EVIDENCIAS:





VIGILADO Supersalud

INDICADOR: Proporción de mujeres entre 25 y 69 años de edad con toma de citología asignadas a la E.S.E. Ladera.

OBJETIVO DE INDICADOR: Realizar detección temprana de lesiones de cuello uterino a mujeres entre 25 y 69 años asignadas a la E.S.E.

ANALISIS: Durante el año, el programa de tamizaje para pacientes de 30 a 65 años se desarrolló con un enfoque integral y proactivo, combinando acciones de validación de bases de datos, jornadas en IPS, encuentros educativos y seguimiento diario de los pacientes agendados.

Las principales estrategias implementadas fueron:

- Validación y captación de pacientes de bases de datos de Emssanar, Nueva EPS, AIC y Asmetsalud.
- Realización de jornadas mensuales en IPS con mayor población.
- Encuentros educativos mensuales, donde se revisa la fecha de último tamizaje y se captan los pacientes pendientes.
- Atención de pacientes por orden médica y de forma espontánea en los consultorios del programa.
- Gestión administrativa con personal de enfermería que valida y capta pacientes de las bases restantes.

Durante el tercer trimestre se realizaron 1.380 tamizajes, mientras que en el cuarto trimestre se registraron 936 tamizajes, reflejando un desempeño activo en la cobertura de la población objetivo. El cumplimiento total del indicador estuvo condicionado por los tiempos de autorización de Coosalud y SOS, que afectan la captación completa de la población.

En conclusión, el año evidencia un trabajo organizado y constante para garantizar la cobertura, con estrategias de captación y seguimiento que permiten mantener la continuidad del tamizaje y acercar los servicios a la población objetivo.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Demanda inducida por mensajería de texto

- Campañas educativas
- Proyecto de investigación
- Incremento de capacidad instalada
- Incremento de contratación con EPS
- Se cuenta con una auxiliar de enfermería exclusiva para realizar demanda inducida a las EPS SOS, Asmetsalud y nueva EPS.
- Se cuenta con auxiliares en las IPS para realizar seguimiento, agendas medicas para realizar la demanda inducida para la captación de mujeres entre las edades de 25 a 69 años

RETOS:

- Al recibir bd de población contratada, se realizará cruce con actividades facturadas desde los años 2021 y 2023, con el objetivo de conocer qué pacientes se encuentran con tamizaje vigente, a qué pacientes ya les corresponde tamizaje y a quienes nunca se les ha realizado tamizaje, para definir meta por IPS; se asignará población objetivo a una Auxiliar de Enfermería y de manera trimestral se realizará depuración con actividades facturadas.

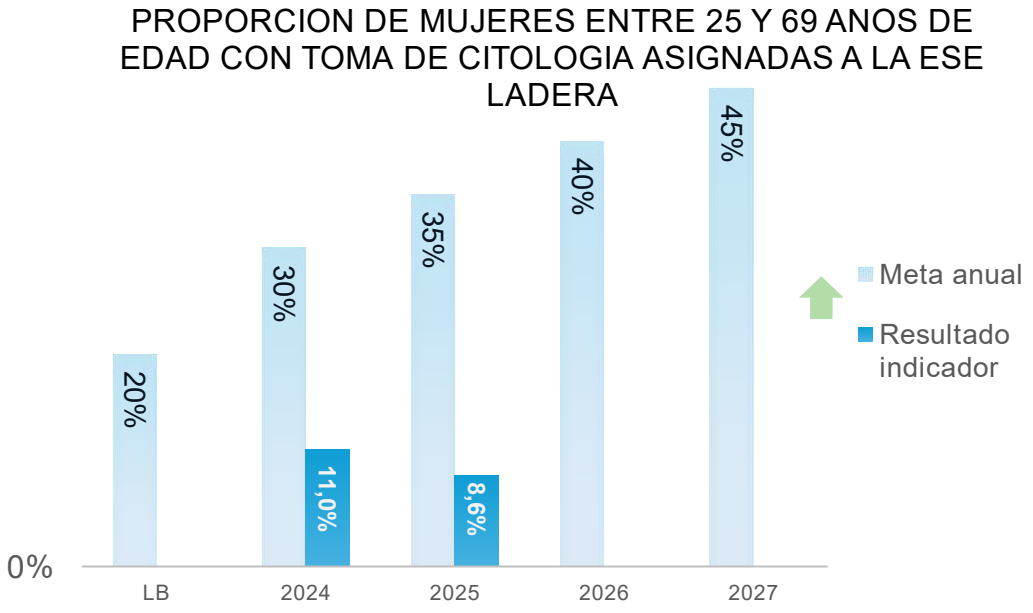
- Se pretende realizar diariamente en consultas, posconsultas y salas de espera, promoción de los diferentes tamizajes que se realizan en cada una de las diferentes IPS. Se pretende revisar efectividad de promoción con perifoneo. Se pretende identificar puntos estratégicos como dispensadores de medicamentos, grupos de la tercera edad que realizan gimnasia en parques, viejo tecas, conciertos, bingos, Aero rumbas, senderos, parques, centros comerciales, con el fin de realizar promoción y tamización. Se deben programar los siguientes eventos: 04 de febrero: Día Internacional Contra el Cáncer, 26 de marzo: Día Prevención del CA Cuello Uterino, 11 de junio: Día Mundial de la Lucha contra CA Próstata, 17 de noviembre: Día de Acción para la Eliminación del CA Cuello Uterino.

- Se realizarán llamadas a los pacientes que se encuentran sin tamizaje, a los que ya les corresponde tamizaje, y a pacientes que cuentan con ordenamiento de citología, ADN-VPH y PSA. Se pretende enviar mensaje de texto y vía WhatsApp, y por correo electrónico, mensaje de promoción de Programa y se

VIGILADO Supersalud

va a disponer del corporativo para que los pacientes escriban vía WhatsApp o llamen a realizar preguntas y agendamiento de citas para realizar tamizaje y ubicarlo en ruta.

- Se pretende realizar promoción en redes sociales de manera trimestral. Se deberá pensar en la estrategia para aumentar la cobertura.
- Se pretende articulación con Referente de Programa de Servicios Amigables y de Programa de Adultez y Vejez para asistencia a diferentes eventos programados en colegios para concientización y en grupos de la tercera edad para concientización y captación.
- Se pretende articulación con EBS, con el objetivo de reportar de manera diaria los pacientes que requieren citología, ADN-VPH, PSA y tacto rectal, para programación de procedimiento; se pretende focalizar población pendiente a tamizar y realizar una jornada donde se disponga de la Unidad Móvil.



EVIDENCIA:







INDICADOR: Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer.

OBJETIVO ESPECIFICO: Disminuir la proporción de niños nacidos a término con Bajo Peso al Nacer atendidos en la Red.

ANALISIS: Durante el año 2025, la proporción de bajo peso al nacer se mantuvo baja, reflejando un adecuado control prenatal y seguimiento de los percentiles de crecimiento fetal.

En el primer y segundo trimestre, no se registraron casos de bajo peso al nacer, evidenciando la efectividad de las estrategias de control prenatal y monitoreo del crecimiento fetal.

En el tercer trimestre, se atendieron 129 partos, con algunos casos de bajo peso al nacer, incluyendo un parto prematuro a las 32.2 semanas. Estos casos resaltan la importancia de continuar evaluando factores biológicos, sociales y de acceso a los servicios de salud.

El comportamiento anual refleja que la atención prenatal y las condiciones maternas son determinantes clave para prevenir el bajo peso al nacer. La proporción baja durante la mayor parte del año indica avances en salud materna y perinatal, aunque

los casos aislados del tercer trimestre sugieren la necesidad de mantener estrategias preventivas y fortalecer el seguimiento de factores de riesgo.

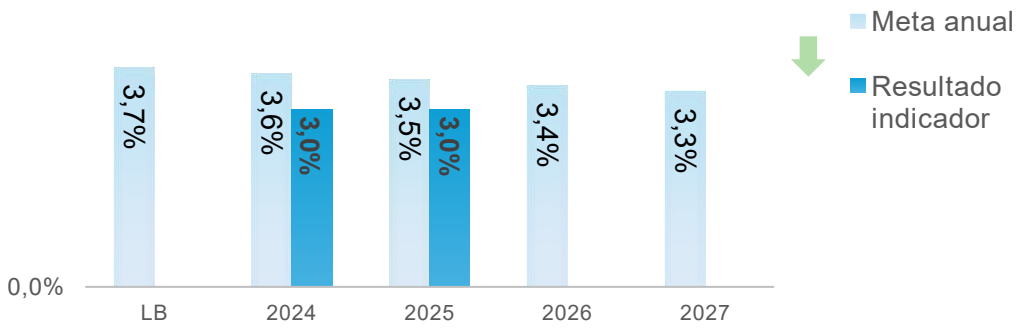
ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Se realiza adecuado control prenatal, donde se evalúan los percentiles de crecimiento fetal.
- Continuar fortaleciendo la aplicación de los lineamientos técnicos de la ruta integran de atención en salud materno perinatal.
- Intensificación en suplementación nutricional
- Adecuada educación a la madre y familia
- Atención integral a adolescentes embarazadas
- Se realizan todos los controles prenatales a nuestra población. para lograr minimizar los riesgos.
- Asegurar controles prenatales de calidad, incluyendo la evaluación ecográfica periódica para monitorear el crecimiento y desarrollo fetal.
- Implementar mecanismos efectivos para la identificación temprana y manejo de embarazos de alto riesgo.
- Intensificar la suplementación nutricional de las gestantes según la normativa vigente.
- Proporcionar educación completa y adecuada a la gestante y a su núcleo familiar sobre cuidados, Signos de alarma y pautas de crianza.

RETOS:

- Búsqueda activa de mujeres embarazadas
- Continuar realizando los controles prenatales y la evaluación del crecimiento del bebe inutero, con el fin de minimizar riesgos futuros.
- Se sugiere enfatizar en las mejores condiciones de salud materna, buen acceso y calidad de Atención prenatal, Nutrición, Educación en salud, Servicios obstétricos.

PROPORCION DE NACIDOS CON BAJO PESO AL NACER



EVIDENCIA:







VIGILADO Supersalud

INDICADOR: Tasa de mortalidad perinatal en los partos atendidos en la Red de Salud del Ladera E.S.E.

OBJETIVO ESPECIFICO: Mantener en cero la tasa de mortalidad perinatal en los partos atendidos en la Red.

ANALISIS: Durante el año, el cumplimiento del indicador se logró gracias al fortalecimiento del ingreso temprano de gestantes, mediante la entrega oportuna de resultados de pruebas de embarazo positivas y su ingreso al programa de control prenatal.

Se realizaron capacitaciones a médicos de consulta externa y se fortaleció la atención con especialistas en sala, incluyendo clasificación de riesgo, lo que permite identificar y manejar oportunamente posibles complicaciones. Estas acciones contribuyeron a una atención prenatal segura y eficiente, minimizando el riesgo de mortalidad perinatal y asegurando seguimiento integral desde la inscripción hasta el parto.

En conclusión, las estrategias implementadas reflejan un modelo de atención materna integral, oportuno y de alta calidad, con resultados positivos en la seguridad y bienestar de las gestantes y sus hijos.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Fortalecer la captación de gestantes de manera oportuna.
- Cumplimiento del instrumento Isabel
- Intensificar la vigilancia epidemiológica y comunitaria.
- Promover la adherencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad
- Generar estrategias de detección de riesgo materno perinatal y evaluar su eficacia.
- Inducción, reinducción en ruta materno perinatal.
- Fortalecer el servicio de atención del parto.
- Se estableció seguimiento madre-hijo, garantizando el contacto o visita domiciliaria extramural dentro de las primeras 48 a 72 horas post-alta para todas las maternas.
- Fortalecimiento la pediatría en sala de partos.

- Se fomentó y asistió activamente el contacto piel a piel inmediato e ininterrumpido entre la madre y el recién nacido sano, facilitando la primera toma de lactancia materna en la sala de partos.
- Se aseguró la presencia de un pediatra para la recepción de recién nacidos en sala de partos.
- Fortalecimiento en el ingreso temprano a través de la entrega de resultados de pruebas de embarazo positivas para captación temprana e ingreso a el programa.
- Seguimientos de casos especiales y reporte a su EAPB.
- Capacitaciones técnicas del personal de la ruta materno perinatal.
- Atención del embarazo, el parto y el período inmediato al nacimiento, así como una correcta identificación y manejo oportuno de los factores de riesgo perinatales.
- adecuada articulación entre el control prenatal, la atención intraparto y el cuidado del recién nacido, respaldada por la adherencia a protocolos clínicos, la disponibilidad de talento humano capacitado y los recursos necesarios para la atención segura de la madre y el neonato.

- Se fomentó y asistió activamente el contacto piel a piel inmediato e ininterrumpido entre la madre y el recién nacido sano, facilitando la primera toma de lactancia materna en la sala de partos.
- Se aseguró la presencia de un pediatra para la recepción de recién nacidos en sala de partos.
- Fortalecimiento en el ingreso temprano a través de la entrega de resultados de pruebas de embarazo positivas para captación temprana e ingreso a el programa.
- Seguimientos de casos especiales y reporte a su EAPB.
- Capacitaciones técnicas del personal de la ruta materno perinatal.

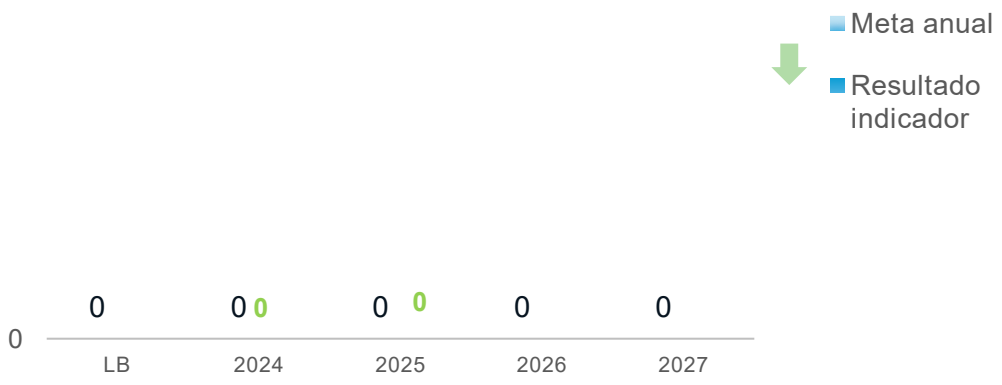
RETOS:

- Continuar con los controles prenatales a toda población gestante de nuestra área de influencia.
- Garantizar captación temprana de gestantes (primer trimestre).
- Asegurar el cumplimiento del esquema de controles prenatales según riesgo.

VIGILADO Supersalud

- Clasificar oportunamente el riesgo obstétrico y actualizarlo en cada control.
- Cumplir estrictamente los protocolos de atención del parto y parto humanizado.
- Monitorear de forma adecuada el bienestar fetal durante el trabajo de parto.
- Identificar tempranamente complicaciones obstétricas (preeclampsia, sufrimiento fetal, hemorragias).
- Garantizar la disponibilidad de personal capacitado 24/7.

TASA DE MORTALIDAD PERINATAL EN LOS PARTOS ATENDIDOS EN LA RED DE SALUD DEL LADERA E.S.E.



EVIDENCIAS:





INDICADOR: Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición

OBJETIVO ESPECIFICO: Mantener en cero la mortalidad de menores de 5 años asociada a la desnutrición aguda en usuarios atendidos en la Red.

ANALISIS: Durante el año se obtuvieron resultados favorables en la atención de menores de cinco años en la Red de Salud Ladera. Los infantes captados con esta

morbilidad fueron remitidos de manera oportuna a los programas de atención a la infancia de las instituciones correspondientes, donde se realizó la evolución clínica y el seguimiento continuo de cada paciente, garantizando una atención integral y articulada.

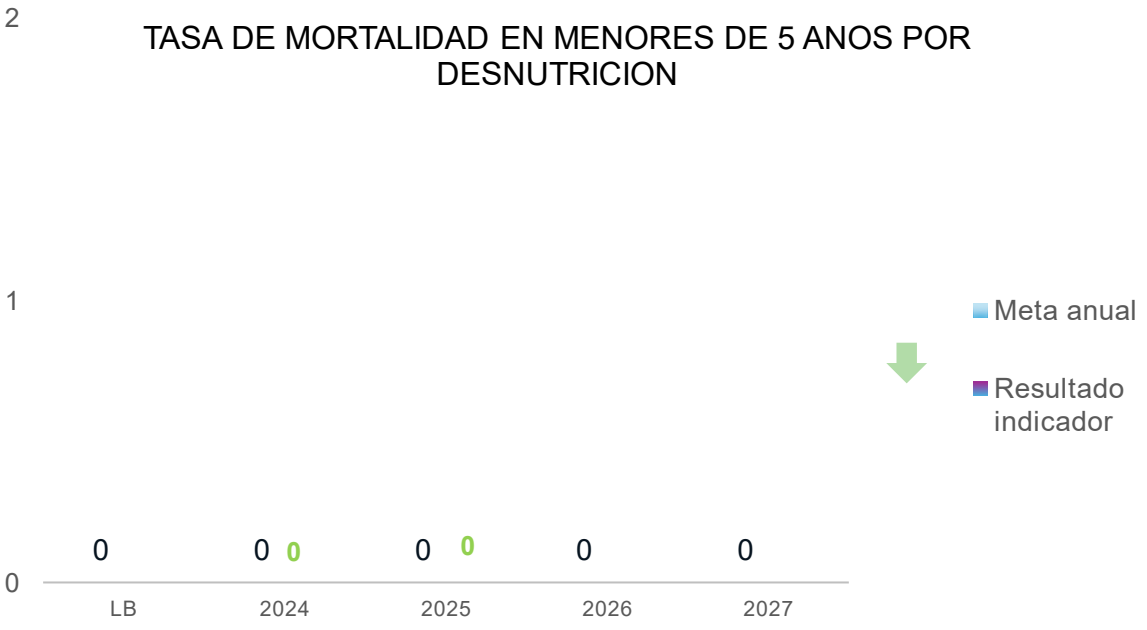
ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Se ha fortalecido en Capacitación por pediatría de salud en el tema ruta de primera infancia e infancia y resolución 2350 del 2020
- Informe de suite donde se visualiza los niños bajo peso al nacer y condición de desnutrición
- Seguimiento y captación a niños con desnutrición.
- Análisis por parte de nutricionista a casos específicos según necesidad se abordó pacientes de Emssanar y Mallamas.
- Se ha fortalecido en Capacitación por pediatría de salud en el tema ruta de primera infancia e infancia y resolución 2350 del 2020
- Informe de suite donde se visualiza los niños bajo peso al nacer y condición de desnutrición
- Seguimiento y captación a niños con desnutrición.
- Análisis por parte de nutricionista a casos específicos según necesidad se abordó pacientes de Emssanar y Mallamas.
- Remisión y seguimiento: Niños con morbilidades fueron remitidos a programas de atención a la infancia para control y evolución.
- Capacitación en lactancia materna: La Secretaría de Salud capacitó a médicos sobre lactancia materna como medida preventiva.
- Informe SUIT: Se analizó el reporte SUIT para identificar niños con bajo peso al nacer y desnutrición.
- Captación y seguimiento: Se realizaron acciones para captar y dar seguimiento a niños con desnutrición.

RETOS:

- Referenciar pacientes que se han dado de alta por esta morbilidad en cada programa.

- Captación y seguimiento de pacientes ingresados en este programa, así como los insistentes. verificar que los controles y citas se cumplan según la norma, psicología, nutrición, trabajo social, pediatría, médico general y enfermera.
- Seguimiento desde urgencias a consulta externa.
- Evaluar por comunas los riesgos de desnutrición y trabajar en mesa de trabajo casos.



EVIDENCIA:





INDICADOR: Porcentaje de embarazo en adolescentes de 15 a 19 años.

OBJETIVO ESPECIFICO: Reducir el porcentaje de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años.

ANALISIS:

El cumplimiento del indicador se logró mediante la implementación de estrategias de demanda inducida y captación activa, apoyadas por la articulación de los equipos

extramurales de Salud Sexual y Reproductiva y de Salud Familiar y Comunitaria, lo que permitió acercar los servicios de salud a la comunidad. Adicionalmente, se desarrollaron jornadas de salud y actividades de formación, sensibilización y educación en salud en los entornos educativo, comunitario e institucional, facilitando el acceso oportuno de los adolescentes a los servicios.

Durante el periodo evaluado, se evidenció un adecuado comportamiento del indicador, reflejado en el ingreso oportuno de gestantes adolescentes al control prenatal. En enero de 2025 ingresaron 133 mujeres a control prenatal, de las cuales 23 correspondieron a adolescentes entre 15 y 19 años, alcanzando un 17,29%, porcentaje que se aproxima a la meta establecida del 18%, evidenciando un resultado favorable en la captación de esta población.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- En cada una de las comunas y zonas de afluencia de la ESE Ladera, se están realizando actividades psicoeducativas en la sala de espera de las IPS, en el entorno educativo, comunitario, hogar, y la realización de actividades individuales, grupales y colectivas, aportando, así, a la reducción del embarazo en la adolescencia.
- Participación de los equipos extramurales en el acercamiento de los servicios de salud a la comunidad.
- Realización de jornadas de salud en los entornos institucional y educativo, lo cual facilitó el acceso de los adolescentes en sus espacios cotidianos.
- Demanda inducida en salas de espera, dirigida a captar a los usuarios y motivarlos a participar en controles y atenciones integrales.
- Acompañamiento desde cada IPS, promoviendo la atención de adolescentes desde los puntos de atención habituales.
- Estas acciones coordinadas han permitido mejorar la oportunidad y la cobertura de atención a los adolescentes, favoreciendo la detección temprana de riesgos y el fortalecimiento de la salud integral en esta etapa del desarrollo.
- En las salas de espera de las IPS Terrón Colorado, Meléndez y Cañaveralejo, se llevaron a cabo actividades educativas para usuarios del sistema de salud, con el objetivo de ampliar el alcance de la estrategia
- Mayor número de consultas en planificación familiar para adolescentes se registró en las IPS Cañaveralejo, Terrón Colorado, Siloé y Meléndez,

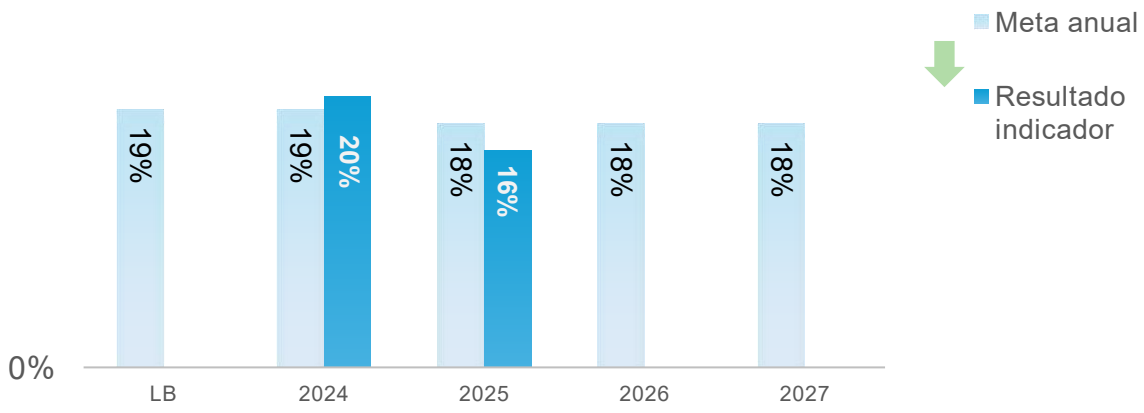
respectivamente, lo cual evidencia una mayor afluencia y demanda del servicio en estas unidades.

- Acciones se desarrollaron en las comunas 1, 3, 18, 19 y 20, así como en zonas rurales del norte y sur del municipio, con un enfoque territorial e intersectorial que permitió ampliar el acceso a los servicios.
- En las intervenciones abordaron contenidos clave para el desarrollo de una sexualidad informada y segura.
- Se ejecutaron con un enfoque diferencial, de género y territorial, promoviendo el acceso equitativo a información clara, pertinente y respetuosa de los contextos culturales y sociales de las adolescentes

RETOS:

- Continuar con la educación sexual realizando jornadas más seguidas en escuelas desde edades tempranas.
- Acceso a métodos anticonceptivos
- Fortalecimiento de servicios de salud amigables para adolescentes

PORCENTAJE DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 ANOS



EVIDENCIA:











INDICADOR: Certificación IAM

OBJETIVO ESPECIFICO: Promover prácticas de humanización y excelencia clínica en la mujer y la infancia.

ANALISIS: Durante el año 2025, la Red de Salud Ladera continuó fortaleciendo la implementación de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral (IAMII), promovida por el Ministerio de Salud y Protección Social, orientada a mejorar la salud, la nutrición y el bienestar de la población materno-infantil. Esta estrategia se consolidó como un eje fundamental de la gestión institucional, al garantizar una atención integral, continua y de calidad para mujeres gestantes, madres, niñas y niños menores de seis años, bajo un enfoque de derechos y perspectiva diferencial.

La Red de Salud Ladera avanzó de manera sostenida en la implementación y sostenibilidad de los diez pasos que conforman la estrategia IAMII en sus 37 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), reafirmando su compromiso con un modelo de atención centrado en la familia y la comunidad. Este enfoque trasciende la atención del parto, promoviendo acciones integrales que contribuyen a la reducción de brechas de desigualdad en los sectores más vulnerables de Santiago de Cali.

Así mismo, se destaca el liderazgo del Hospital Siglo XXI como institución de referencia para la atención de partos y la atención neonatal de baja complejidad, consolidándose como un pilar clave en la red para el fortalecimiento de la atención materno-infantil. El trabajo constante en la certificación IAMII refleja el compromiso institucional con la mejora continua y la humanización de los servicios de salud.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

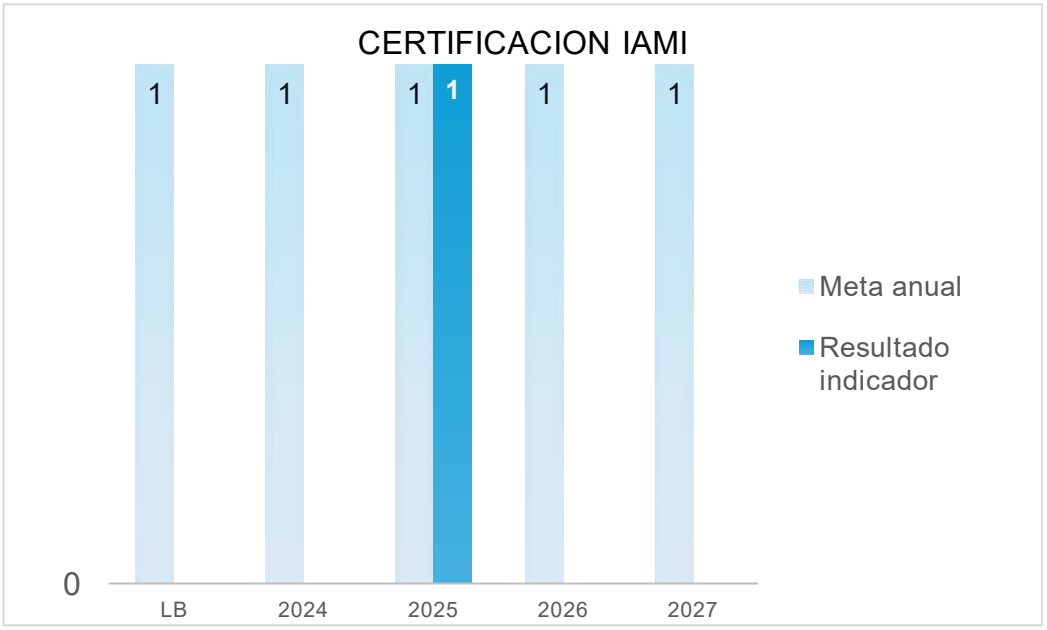
- La red de salud ladera sigue con la estrategia de gestión que buscando garantizar una atención integral, de calidad y continua para las mujeres gestantes, madres, niñas y niños menores de 6 años, con un enfoque de derechos y perspectiva diferencial. Se basa en diez pasos para su implementación en las instituciones de salud.
- Se están realizando actividades de capacitación al personal que atienden a las gestantes y atención integral a primera infancia
- Se cuenta con la política firmada y socializada en la institución.
- Se cuenta con protocolo de lactancia materna importante para la estrategia IAMII
- La red de salud ladera sigue con la estrategia de gestión que buscando garantizar una atención integral, de calidad y continua para las mujeres

gestantes, madres, niños menores de 6 años, con un enfoque de derechos y perspectiva diferencial. Se basa en diez pasos para su implementación en las instituciones de salud.

- Capacitación al personal que atienden a las gestantes y atención integral a primera infancia.
- Participación en comité de IAMI
- Implementación de Política
- En 1 noviembre de 2025, la Red renovó su certificación global de calidad ISO 9001:2015, lo cual sirve de base estructural para mantener los estándares IAMII.
- Se reporta una adherencia superior al 90% en el contacto "piel a piel" inmediato y en el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida en el HOPSPITAL SIGLO XXI.
- Integración de IAMII como indicador de "Excelencia Clínica" en el Plan de Desarrollo 2024-2028.
- Plan de formación continua para el 100% del personal asistencial y administrativo en técnicas de consejería en lactancia.
- Fortalecimiento del curso de preparación para la maternidad y paternidad con enfoque en la zona rural.
- Implementación de protocolos para el acompañamiento permanente de la gestante durante el trabajo de parto.
- Consolidación de las Salas Amigas de la Lactancia en las IPS de las Comunas 1, 18 y 20
- Cobertura en Ruralidad: El 95% del territorio de la red es rural (corregimientos), lo que exige brigadas móviles constantes para garantizar que las madres en zonas distantes reciban la misma educación IAMII que las de la zona urbana.

RETOS:

- Continuar con las sesiones educativas prenatales y posnatales sobre lactancia, signos de alarma, autocuidado y nutrición.
- Continuar con la asesoría en lactancia exclusiva durante los 6 primeros meses
- Fomentar lactancia a libre demanda
- Promover grupos de apoyo
- Se continua con la autoapreciación de las 37 IPS y el plan de mejoramiento


CERTIFICACION IAMI
1
1
1
1
1
1
0
LB
2024
2025
2026
2027
Meta anual
Resultado indicador

EVIDENCIA:




SALUD
www.cali.gov.co/salud
ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
Certifica a:
IPS Siloe Siglo XXI
NIT. 805.027.289-9
En cumplimiento de la Ley 1823 de 2017 y la Resolución 2423 de 2018, por su participación en la Estrategia "Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral", como reconocimiento a su compromiso con la salud materno-infantil y la creación de espacios que promueven la sensibilización, el acompañamiento humanizado y la promoción de la lactancia materna.
Por su compromiso en disponer, capacitar y educar de manera oportuna y humana a las mujeres gestantes y lactantes desarrollando una cultura de apoyo a la lactancia materna en el entorno laboral. Su esfuerzo contribuye a la disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil y al bienestar de las familias caleñas.
Santiago de Cali, 28 de octubre del 2025
Germán Escobar Morales
Secretario de Salud Pública del Distrito Especial de Santiago de Cali


ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
Otorga el presente reconocimiento a:
RED DE SALUD LADERA
N.I.T. 805027289-9
Por su compromiso y cumplimiento de los estándares establecidos en la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral (IAMI), orientada a la promoción, protección y apoyo de la salud materna e infantil, la lactancia materna y el desarrollo integral de la primera infancia.
Gracias a su esfuerzo, dedicación y trabajo articulado, contribuyen al fortalecimiento de la atención humanizada y a la reducción de la mortalidad materna e infantil en el Distrito de Santiago de Cali.
Santiago de Cali, 01 de noviembre del 2025
Germán Escobar Morales
Secretario de Salud Pública del Distrito Especial de Santiago de Cali



INDICADOR: Proporción de adherencia en la ruta materno perinatal.

OBJETIVO ESPECIFICO: Garantizar la adherencia a las guías y protocolos institucionales.

ANALISIS: En el marco de la auditoría de historias clínicas aplicada a la población materno-perinatal de la Red de Salud Ladera, se realizó un análisis detallado a partir de la matriz de atención suministrada por las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), con el objetivo de verificar la calidad de la atención y el cumplimiento de las Guías de Práctica Clínica (GPC) y de la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal (RIAMP), conforme a lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el desarrollo de la auditoría se evaluó una muestra representativa de la población atendida durante el primer trimestre de 2025, seleccionándose de manera aleatoria ochenta y ocho (88) historias clínicas, a las cuales se les aplicó una lista de verificación estructurada. El análisis permitió recopilar información relevante relacionada con los centros de atención por IPS, régimen de afiliación, EPS de afiliación, categorización de los grupos poblacionales según los ciclos de vida definidos en la Resolución 3280, diagnósticos, órdenes médicas, tiempos de oportunidad y el cumplimiento de las órdenes médicas por parte del personal de enfermería.

Los resultados evidenciaron una alta adherencia a las Guías de Práctica Clínica y a la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal, reflejando una implementación

efectiva de los lineamientos técnicos y una adecuada articulación de los servicios de salud. El indicador evaluado alcanzó un cumplimiento del 94,44 %, superando la meta institucional establecida del 90 %, lo cual demuestra coherencia entre la práctica asistencial y la evidencia científica vigente.

Durante el cuarto trimestre del año (octubre a diciembre), el indicador de Proporción de Adherencia a la Ruta Materno-Perinatal registró un resultado del 91,01 %, calculado a partir de 81 historias clínicas que evidenciaron aplicación estricta de la ruta sobre un total de 89 historias clínicas auditadas, clasificándose el resultado como CUMPLE, al superar la meta institucional.

El análisis del comportamiento anual del indicador muestra un cumplimiento sostenido de la meta durante los cuatro trimestres, con resultados de 94,32 % en el primer trimestre, 93,33 % en el segundo trimestre, 94,44 % en el tercer trimestre y 91,01 % en el cuarto trimestre. Aunque se observa una leve disminución en el último trimestre, el desempeño se mantiene por encima del umbral establecido, lo que evidencia estabilidad y consistencia en la adherencia a la Ruta de Atención Materno-Perinatal en la Red de Salud Ladera.

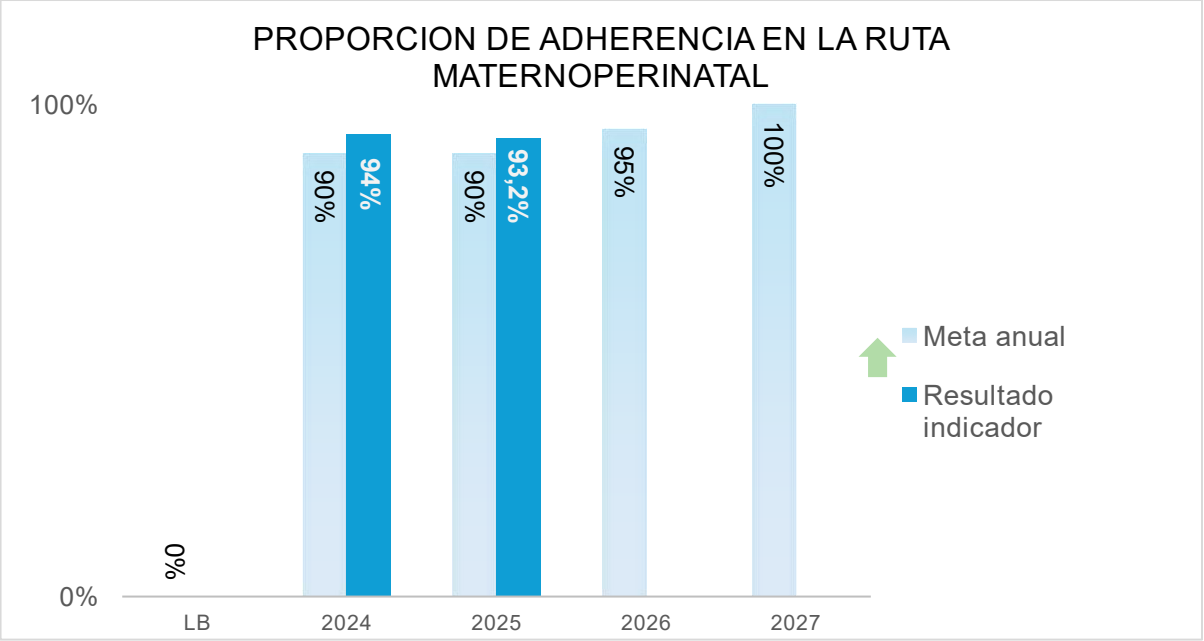
ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Se tuvo en cuenta los parámetros de calidad definidos por la secretaria de salud municipal, respecto a la historia clínica obstétrica, teniendo en cuenta las siguientes variables:
- Variables de identificación: consulta preconcepcional, etnia, edad, nivel educativo, años aprobados, estado civil, ocupación, horas laborales, inscripción al control por enfermería.
- Variables de antecedentes: familiares, personales, obstétricos (algún recién nacido <2500 grs, fecha del embarazo anterior, periodo intergenésico), peso previo al embarazo, tabaquismo.
- Variables de examen y diagnóstico: talla, fecha de última regla, fecha probable de parto, examen clínico, examen odontológico, examen de cérvix, examen de mamas.
- Variables examen de laboratorio: hemoclasificación, serología, vacunación, citología, glicemia, parcial de orina, hemoglobina hematocrito, VIH, otros exámenes.

- Se indago y registro sobre La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) como derecho fundamental de las niñas, adolescentes y mujeres adultas en Colombia, se debe garantizar de manera efectiva con una atención oportuna y de calidad.
- Logramos verificar que el 61% de los profesionales está educando y registrando en la historia clínica la educación en hábitos de vida saludable y el 39% no realiza la educación o no la registra.
- Desempeño global sobresaliente del proceso (91%), lo que evidencia una adecuada adherencia general a la Guía de Atención de Gestantes.
- Implementación consistente del instrumento institucional de auditoría, permitiendo medición comparable entre profesionales y sedes.
- Presencia sólida de registros clínicos esenciales: control de signos vitales, edad gestacional, peso materno, y diagnósticos CIE-10.
- Buen cumplimiento en primeras valoraciones, asegurando apertura oportuna del seguimiento prenatal.
- Gestantes con trámites de laboratorio inicial realizados en alto porcentaje, alineado con lineamientos de tamizaje del primer trimestre.
- Proceso de auditoría con retroalimentación inmediata, lo que contribuye al fortalecimiento progresivo del registro clínico.

RETOS:

- Se recomienda continuar con las acciones de seguimiento, retroalimentación desde el Comité de Historias Clínicas y fortalecimiento del registro clínico, con el fin de mantener y optimizar los niveles de cumplimiento alcanzados.



EVIDENCIA:





INDICADOR: Implementación del modelo de atención del parto intercultural

OBJETIVO ESPECIFICO: Promover prácticas de humanización y excelencia clínica en la atención del parto.

ANALISIS: Durante el periodo evaluado se dio cumplimiento a las actividades programadas en el marco del cronograma institucional, garantizando la continuidad de los procesos de capacitación dirigidos al personal de sala de partos y a los equipos responsables de la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal. Estas acciones incluyeron la realización de talleres formativos tanto en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Red de Salud Ladera como en la sede de la Fundación ASOPARUPA (Asociación de Parteras Líderes del Pacífico), ubicada en el distrito de Buenaventura, fortaleciendo el trabajo articulado con actores comunitarios y tradicionales.

De manera articulada, se evidenció un aumento significativo en las acciones orientadas a la consolidación, difusión y apropiación del modelo de atención del parto con enfoque intercultural. Dentro de estas actividades se destacó la inducción del personal nuevo que ingresa a la Red de Salud Ladera, tanto en los procesos asistenciales como administrativos, así como el desarrollo de talleres y procesos de sensibilización dirigidos a promover una atención humanizada, con enfoque diferencial y respeto por la diversidad cultural.

Las acciones implementadas estuvieron alineadas con los lineamientos de la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal y con los principios establecidos en la Ley de Parto Respetado, contribuyendo al fortalecimiento de la calidad de la atención, la humanización de los servicios y la garantía de los derechos de las mujeres gestantes, sus familias y comunidades. En conjunto, estos resultados evidencian avances sostenidos en la implementación de un modelo de atención integral, intercultural y centrado en la persona dentro de la Red de Salud Ladera.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Se ejecuto el plan de educación sobre parto intercultural y humanizado Se realizo la capacitación al personal de la ruta de atención materno perinatal, personal de la sala de partos y comunidad.
- Se realiza dotación biomédica y de mobiliario para la sala de partos intercultural
- Se realizo dotación de kits de atención para la sala de partos
- Se dio continuidad al proyecto de cooperación suscrito con la GIZ

- Se socializo el proyecto en rueda de prensa y recorrido por la sala de partos, con alcaldía y medios de comunicación de la ciudad.
- Referenciación en saberes ancestrales de las parteras del Pacífico colombiano: “Ruta de la Partera - Un Viaje Ancestral por la Sabiduría y la Vida”
- Cumplimiento a las actividades planeadas en el cronograma evidenciándose un aumento significativo en las acciones orientadas a la consolidación, difusión y apropiación del modelo de atención del parto con enfoque intercultural.
- Inducción al personal que ingresa a la Red de Salud Ladera para diversos procesos de atención en salud y labores administrativas.
- Desarrollo de talleres y procesos de sensibilización para brindar una atención humanizada y con enfoque intercultural.
- Participación como ponentes en el foro "Derechos sexuales y reproductivos de los pueblos negros, afrocolombianos, raizales y palenqueros" , donde se socializaron los avances de la Red de Salud Ladera.
- Se participó en la Semana Mundial del Parto Respetado, con una presentación sobre los avances en la implementación del enfoque intercultural en la atención del parto.
- También se participó en talleres de capacitación para el personal de la sala de partos y de la ruta materno perinatal. Estas actividades tuvieron como objetivo crear un espacio de diálogo y aprendizaje sobre lactancia materna y cuidados del recién nacido, promoviendo la lactancia exclusiva, el fortalecimiento del vínculo madre-hijo y la crianza respetuosa, en línea con la ruta de atención y la Ley de Parto Respetado.
- Se participó activamente en la Primera Cumbre Mundial de Parteras, presentando a delegados nacionales e internacionales el nuevo modelo de atención intercultural implementado por la Red de Salud Ladera, el objetivo fue socializar las adecuaciones hospitalarias realizadas para validar las costumbres y tradiciones alrededor del parto, lo que ha permitido generar entornos seguros, garantizar el parto humanizado y ofrecer una atención diferencial e intercultural, como resultado de esta visibilidad y socialización, se logró captar el interés de 50 participantes.
- Se realizo una socialización del modelo de atención intercultural a los estudiantes de enfermería y psicología que iniciaban su práctica formativa en la institución donde se les hablo de que es la interculturalidad, del proyecto de cooperación internacional, Por qué es necesario hablar de parto intercultural, Objetivos y metas de la sala de partos, Estado actual de dotación de la sala.

Como se han desarrollado talleres y procesos de sensibilización para brindar una atención humanizada y con enfoque intercultural y se les conto de las experiencias positivas que han tenido las familias con la implementación del modelo. En la actividad contamos con 12 participantes entre los que se encontraban los estudiantes, con sus docentes asignadas, dos representantes de la asociación parís y la jefe de atención intercultural quien socializo el modelo.

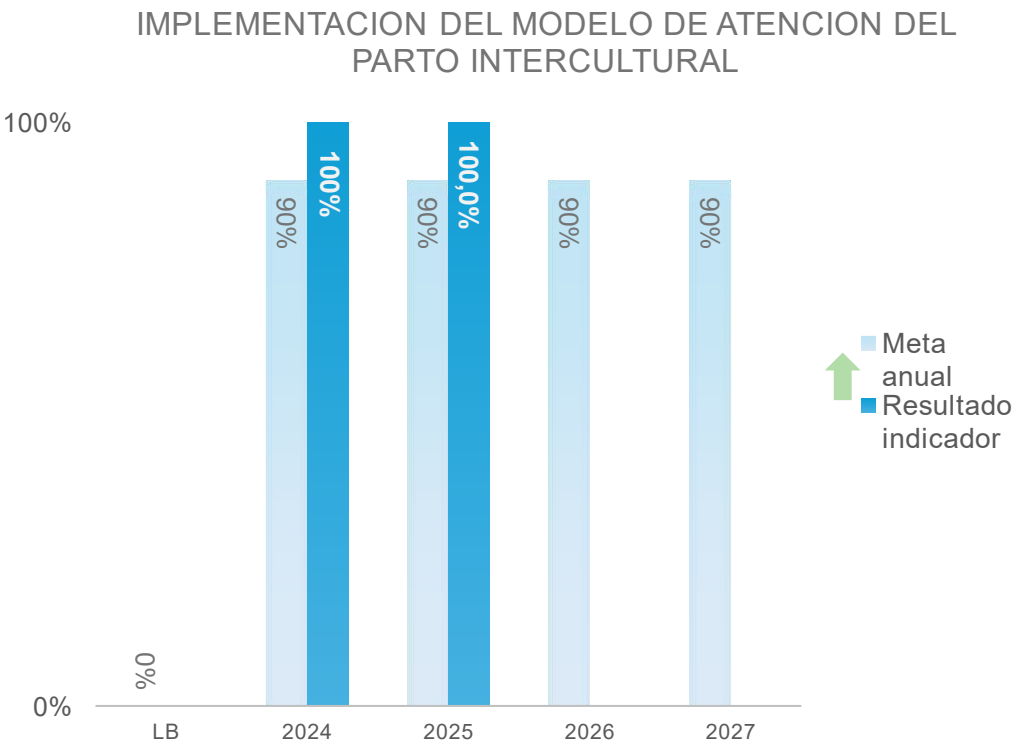
- Se realizo la primera mesa de trabajo donde se socializo a los profesionales y técnicos de la ruta materno perinatal de la E.S.E Ladera la cartografía social en la ruta materno perinatal, una estrategia que buscaba mapear de forma sistemática los activos y pasivos que hay actualmente en la comuna 20 que ayuden en la implementación del modelo, en esta actividad se contó con la participación de 14 miembros auxiliares de enfermería, médicos, enfermeros y miembros del equipo de PM.
- Se realizo un segundo espacio de socialización de la mesa de trabajo para la implementación de la cartografía social onde se logró socializar la estrategia a los integrantes del grupo de enfoque diferencial y a los estudiantes de último semestre de enfermería que se encuentran rotando en los diferentes servicios de la IPS Siloé siglo XXI con el fin de socializar los resultados y lograr que desde cada uno de los espacios se pueda implementar el modelo y tener presente los recursos comunitarios con los que cuenta la institución para promover una atención humanizada e intercultural.
- Se realizo una reunión con el fin de revisar el material educativo que es usado en la sala de partos y consulta externa para socializar a la comunidad el enfoque intercultural que actualmente tiene la red de salud ladera entre los que se incluye el folleto de bienvenida a la sala de partos que incluye los cambios y beneficios de tener una atención en la sala de partos de la red de salud ladera y esta anexada la cartilla embarazo consciente que incluye por etapas la información que la mama y la familia requieren saber para prepararse para los cambios físicos , fisiológicos y emocionales que va a presentar y también como prepararse para la llegada del nuevo miembro de la familia; la educación usada para que la gestante conozca y aplique las medidas no farmacológicas para el manejo del dolor; plan de parto, formato visita y el protocolo de atención al parto con enfoque intercultural. Del encuentro salieron aportes de diferentes profesionales, para mejorar el material para mejorar la implementación de este y el mensaje que se desea trasmitir, del encuentro

participaron 20 personas entre las que se encontraban trabajadoras sociales, dulas, médicos, enfermeras, psicóloga, enfermeras, auxiliares de enfermería.

- Socialización de la sala durante el curso de preparación para la maternidad y paternidad en la IPS Siloé siglo XXI en este encuentro se abordó el tema de las fases del trabajo de parto, el modelo de atención intercultural de la sala de partos de la IPS Siloé, porque nace esta atención intercultural y las medidas no farmacológicas disponibles para el manejo del dolor durante el parto, y a través de ejercicios se ejemplifico las medidas no farmacológicas con las que cuenta la sala, promoviendo una experiencia positiva y amigable. En total, participaron 8 gestantes.

RETOS:

- Generar un cronograma que permita continuar en el año 2026 con la implementación del modelo de atención del parto con adecuación Intercultural.



Red de Salud de Ladera · E.S.E.

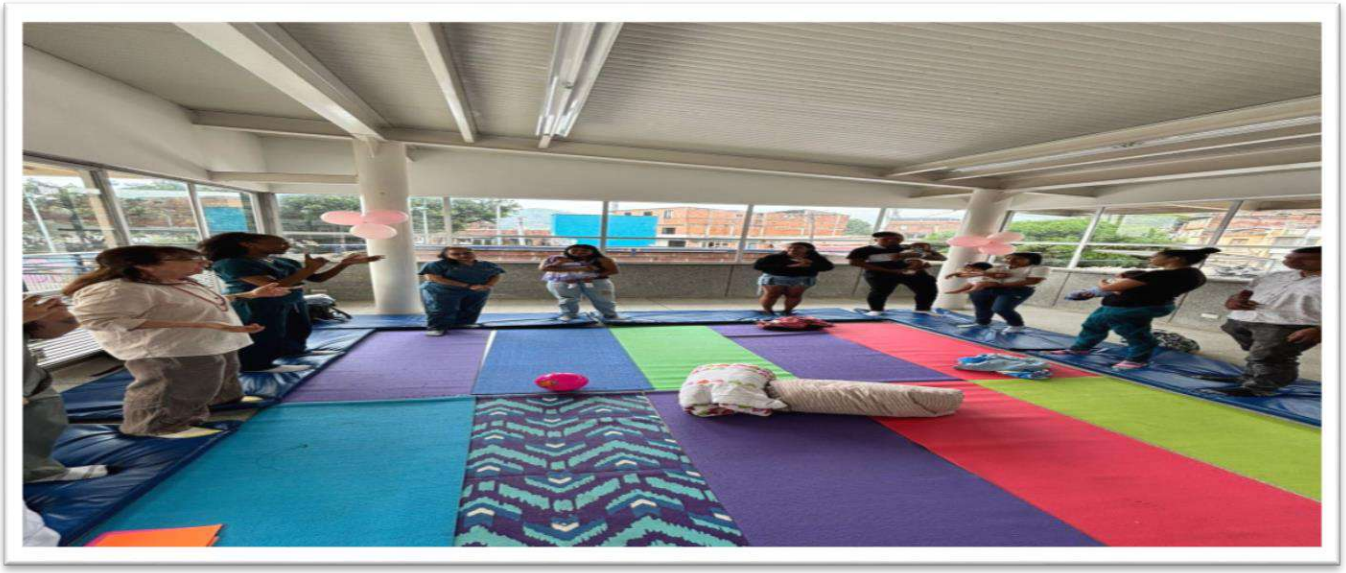
EVIDENCIA:





VIGILADO Supersalud





INDICADOR: Proporción de usuarios atendidos en el programa PAPSIVI que completan el número de sesiones del plan de intervención psicosocial.

ANALISIS: Durante el periodo evaluado se ejecutaron acciones de atención psicosocial a población víctima del conflicto armado, en cumplimiento de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, con diferentes tiempos de ejecución y metas asignadas. Para el desarrollo de las

actividades se contó con talento humano conformado por una coordinadora, profesionales psicosociales, promotores psicosociales y personal de apoyo, garantizando la capacidad operativa para la atención integral de la población priorizada.

Como resultado de las intervenciones realizadas, se logró el cierre efectivo de planes de atención individuales y familiares, evidenciando avances significativos en el acompañamiento psicosocial y la restitución de derechos de las personas atendidas. A corte del 31 de diciembre se registró el cierre de 107 planes familiares y 7 planes individuales, beneficiando a un total de 350 personas víctimas del conflicto armado, así como el cierre oportuno y cargue de las atenciones en la plataforma WebPAPSIVI.

Así mismo, se destaca el cumplimiento de las metas establecidas en los diferentes periodos de ejecución, incluyendo el cierre acumulado de planes familiares y la atención de la población en territorios priorizados, especialmente en las comunas 18 de Santiago de Cali (Pampas del Mirador, Alto Jordán, Chorros, Meléndez y Polvorines). Aunque se evidenciaron casos de inasistencia o desistimiento de algunos usuarios, el desempeño general del programa se mantuvo dentro de los parámetros esperados.

Adicionalmente, el equipo psicosocial culminó el curso PAPSIVI certificado por el Ministerio de Salud, lo que permitió su inscripción en el Directorio de Profesionales Psicosociales, fortaleciendo la idoneidad técnica del talento humano. En el marco de la Gestión de la Salud Pública, se desarrollaron acciones en entorno hogar con una meta de atención de 250 personas, logrando el cierre de las atenciones psicosociales dentro del periodo establecido.

En conjunto, las acciones ejecutadas durante el año evidencian el cumplimiento de los lineamientos técnicos y normativos del programa PAPSIVI, así como el fortalecimiento de las rutas de atención y reparación psicosocial desde un enfoque territorial, diferencial y de derechos humanos.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

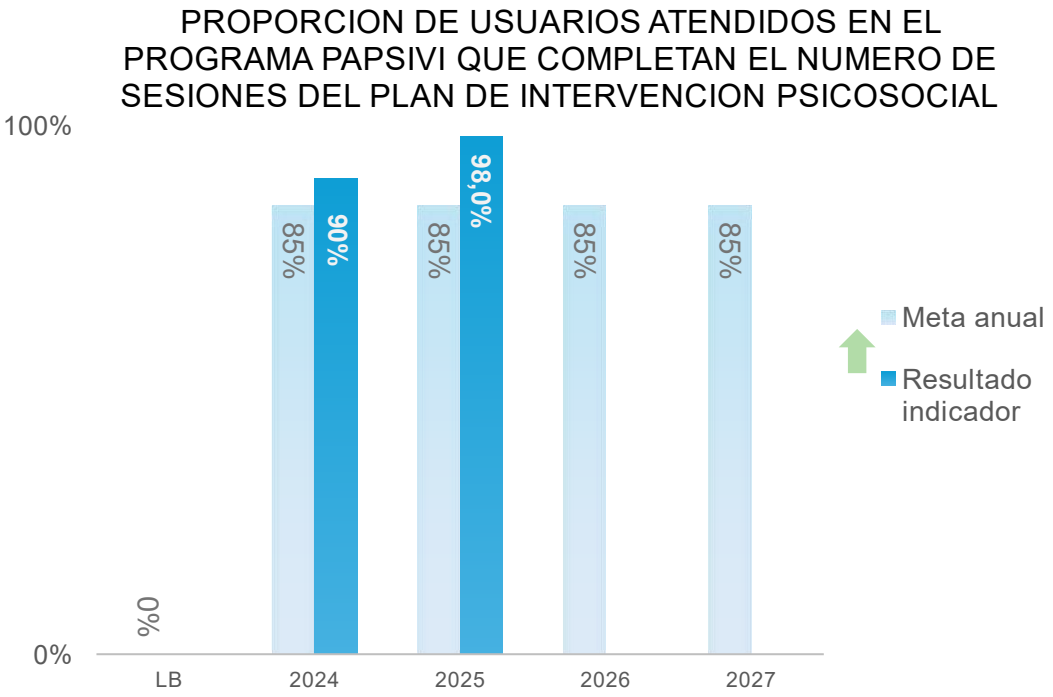
- Se logra a corte 31 de marzo realizar cierre a 28 planes familiares, para un total de 131 personas víctima del conflicto armado, lo que da cuenta del

cumplimiento de la meta, teniendo en cuenta que durante el mes de diciembre se realizaron cierres a 478 personas atendidas

- Las atenciones se llevaron a cabo en la Comuna 2, Comuna 9, Comuna 10, Comuna 11, Comuna 13, Comuna 15, Comuna 16, Comuna 18, Comuna 20, Comuna 21 (Zona Rural (Montebello, La Buitrera, La Reforma).
- Se realiza atención a 52 personas de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud.
- Atenciones en las comunas 18 (Pampas del mirador, Alto Jordán, Chorros, Meléndez, Polvorines) y Comuna 1 (Terron)
- Jornadas de salud a Población Victima en Hogar de Paso barrio el Lido y Centro Regional de Atención a Víctimas CRAV.
- Se cuenta con un profesional psicosocial realizando atenciones y un auxiliar de enfermería.
- Se logra cierres de las atenciones psicosociales con un total de 3 planes individuales y 14 planes familiares para un total de 43 personas víctima del conflicto armado.
- realizaron 7 jornadas de salud a Población Victima en Hogar de Paso barrio el Lido, Centro Regional de Atención a Víctimas CRAV, Palmas 1, Polvorines, Terron colorado y los Chorros.
- Durante la jornada en el Hogar de paso se atendieron un total de 50 personas víctimas del conflicto armado.
- Durante la jornada en el CRAV se atendieron un total de 61 personas víctimas del conflicto armado.
- Durante la jornada en Palmas 1, se atendieron un total de 53 personas víctimas del conflicto armado.
- Durante la jornada en Polvorines se atendieron un total de 48 personas víctimas del conflicto armado.
- Durante la jornada de Terron colorado se atendieron un total de 42 personas víctimas del conflicto armado.
- Durante la jornada en el Hogar de paso se atendieron un total de 51 personas víctimas del conflicto armado.
- Durante la jornada en Los Chorros se atendieron un total de 40 personas víctimas del conflicto armado

RETOS:

- Continuar en el marco del PIC jornadas de Salud


PROPORCION DE USUARIOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA PAPSIVI QUE COMPLETAN EL NUMERO DE SESIONES DEL PLAN DE INTERVENCION PSICOSOCIAL
100%
0%
%0
85%
90%
85%
98,0%
85%
85%
LB
2024
2025
2026
2027
Meta anual
Resultado indicador

EVIDENCIAS:


Stand de Escucha
Stand del Amor





VIGILADO Supersalud



INDICADOR: Proporción de pacientes que abandonan el programa de tratamiento de metadona.

ANALISIS: Durante el año 2025, el Programa de Mantenimiento con Metadona evidenció un comportamiento favorable, reflejado en el incremento sostenido del número de usuarios y en la baja tasa de abandono, lo cual permitió cumplir con el objetivo de mantener y mejorar los resultados del programa. El año inició con 58 usuarios en enero y cerró el cuarto trimestre con 85 usuarios activos, lo que representa un aumento significativo en la cobertura del servicio.

A lo largo del año se registraron ingresos constantes, reingresos y una alta adherencia al tratamiento, destacándose la ausencia de abandonos en el segundo, tercer y cuarto trimestre, lo que evidencia la efectividad del modelo de atención y el acompañamiento continuo a los usuarios. La mayor proporción de usuarios perteneció a la EAPB Emssanar, seguida de Nueva EPS y Comfenalco, manteniéndose una atención articulada con las aseguradoras.

El programa se desarrolló bajo un modelo de atención integral diaria en la IPS Meléndez, garantizando seguimiento clínico permanente y control estricto del tratamiento farmacológico. De manera complementaria, se realizaron sesiones grupales semanales de apoyo psicosocial, orientadas al fortalecimiento emocional, la

adherencia terapéutica y el desarrollo de estrategias para afrontar los desafíos asociados al consumo de sustancias.

Adicionalmente, el programa contó con el apoyo permanente de una psicóloga adscrita al Centro Holístico, quien brindó atención especializada dos días a la semana, fortaleciendo el componente psicosocial del tratamiento. En conjunto, los resultados anuales evidencian la estabilidad del programa, la mejora en la retención de usuarios y el fortalecimiento de la atención integral, consolidando el Programa de Mantenimiento con Metadona como una estrategia efectiva para el tratamiento de los trastornos por consumo de opioides.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- ✓ Se realizaron sesiones grupales de apoyo una vez por semana, donde los usuarios compartían sus experiencias, fortalecían vínculos y recibían orientación emocional. Estas sesiones fueron facilitadas por profesionales especializados, como psicólogos y terapeutas, y tenían como objetivo:
- ✓ Fomentar la empatía y la comprensión mutua entre los participantes.
- ✓ Ofrecer un espacio seguro para expresar preocupaciones y emociones.
- ✓ Proveer estrategias para afrontar desafíos comunes relacionados con el tratamiento y la vida cotidiana.
- ✓ En la actualidad el programa cuenta con una psicóloga, que hace parte del Centro Holístico, y atiende en Metadona los martes y los jueves, para un total de 72 horas.
- ✓ Monitoreo continuo y un seguimiento cercano de cada paciente.
- ✓ Control estricto del tratamiento para los usuarios que reciben su dosis diaria de metadona.
- ✓ Se realizaron sesiones grupales de apoyo una vez por semana, donde los usuarios compartían sus experiencias, fortalecían vínculos y recibían orientación emocional para fomentar la empatía y la comprensión mutua entre los participantes, ofrecer un espacio seguro para expresar preocupaciones y emociones, y proveer estrategias para afrontar desafíos comunes relacionados con el tratamiento y la vida cotidiana.
- ✓ Participación en feria de emprendimiento de la facultad de salud de la universidad del valle con usuarios del programa metadona.

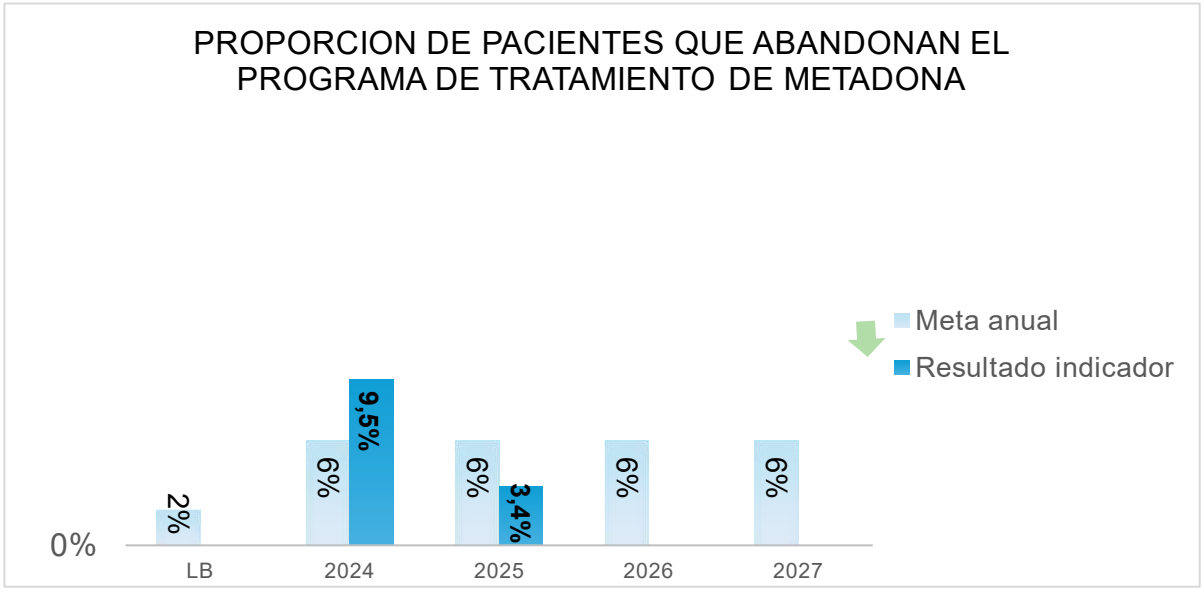
- ✓ El programa de mantenimiento con metadona opera como un servicio integral de atención diaria, donde los usuarios acuden regularmente a la IPS Meléndez. Este enfoque garantiza un monitoreo continuo y un seguimiento cercano de cada paciente. Los usuarios deben asistir todos los días para recibir su dosis de metadona, lo que permite un control estricto del tratamiento. Este modelo fomenta la disciplina y crea una rutina estructurada que apoya la recuperación. Para finalizar, durante este trimestre, se realizaron sesiones grupales de apoyo una vez por semana, donde los usuarios compartían sus experiencias, fortalecían vínculos y recibían orientación emocional. Estas sesiones fueron facilitadas por profesionales especializados, como psicólogos y terapeutas, y tenían como objetivo:

- ➢ Fomentar la empatía y la comprensión mutua entre los participantes.
- ➢ Ofrecer un espacio seguro para expresar preocupaciones y emociones.
- ➢ Proveer estrategias para afrontar desafíos comunes relacionados con el tratamiento y la vida cotidiana.

- ✓ En la actualidad el programa cuenta con una psicóloga, que hace parte del Centro Holístico, y atiende en Metadona los martes y los jueves, para un total de 72 horas.

RETOS:

- ✓ Es fundamental continuar fortaleciendo las estrategias de atención y seguimiento a los usuarios del programa. Para ello, se propone mantener un seguimiento constante a los participantes, con el objetivo de fomentar su adherencia y bienestar. Además, es prioritario consolidar y reforzar el vínculo con sus redes de apoyo, promoviendo una mayor implicación y soporte desde su entorno cercano.
- ✓ Asimismo, se debe continuar capacitando al talento humano en estrategias de reducción de riesgos y daños, asegurando que cuenten con las herramientas necesarias para brindar un acompañamiento integral y de calidad.
- ✓ Es importante también apoyar a los usuarios en la realización de emprendimientos y ofrecer asesoramiento en actividades productivas que contribuyan a su autonomía económica. Estas acciones, combinadas con acompañamientos psicosociales personalizados, permitirán mejorar sus condiciones de vida y fomentar una reintegración efectiva a la sociedad.


PROPORCION DE PACIENTES QUE ABANDONAN EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE METADONA
Meta anual
Resultado indicador
0%
2%
6%
9,5%
6%
3,4%
6%
6%
LB
2024
2025
2026
2027

EVIDENCIAS:


CAMAD


PROGRAMA de
mantenimiento con
METADONA
NUEVO AROMA DE LA VIDA


¿CÓMO PUEDES APOYARNOS?


NUEVO AROMA DE LA VIDA





VIGILADO Supersalud





INDICADOR: Jornadas de intervención en salud mental para jóvenes, en territorio.

OBJETIVO ESPECIFICO: Fomentar la intervención en salud mental en jóvenes en el territorio.

ANALISIS: Durante el periodo anual evaluado se ejecutaron de manera efectiva las intervenciones en salud mental dirigidas a población joven, alcanzando un cumplimiento del 100% de las actividades programadas en cada uno de los trimestres

VIGILADO Supersalud

reportados. En total, se desarrollaron 240 intervenciones, distribuidas de la siguiente manera: 56 intervenciones en el segundo trimestre, 89 intervenciones en el tercer trimestre y 95 intervenciones en el cuarto trimestre, lo que evidencia una adecuada planeación, capacidad operativa y fortalecimiento progresivo del programa a lo largo del año.

Las acciones implementadas se caracterizaron por una amplia cobertura territorial, abarcando tanto zonas urbanas como rurales, lo que garantizó un acceso equitativo y descentralizado a los servicios de salud mental para la población joven. Los resultados obtenidos reflejan una gestión eficiente, orientada a la promoción del bienestar emocional, la prevención de riesgos en salud mental y el fortalecimiento de capacidades psicosociales en los territorios intervenidos.

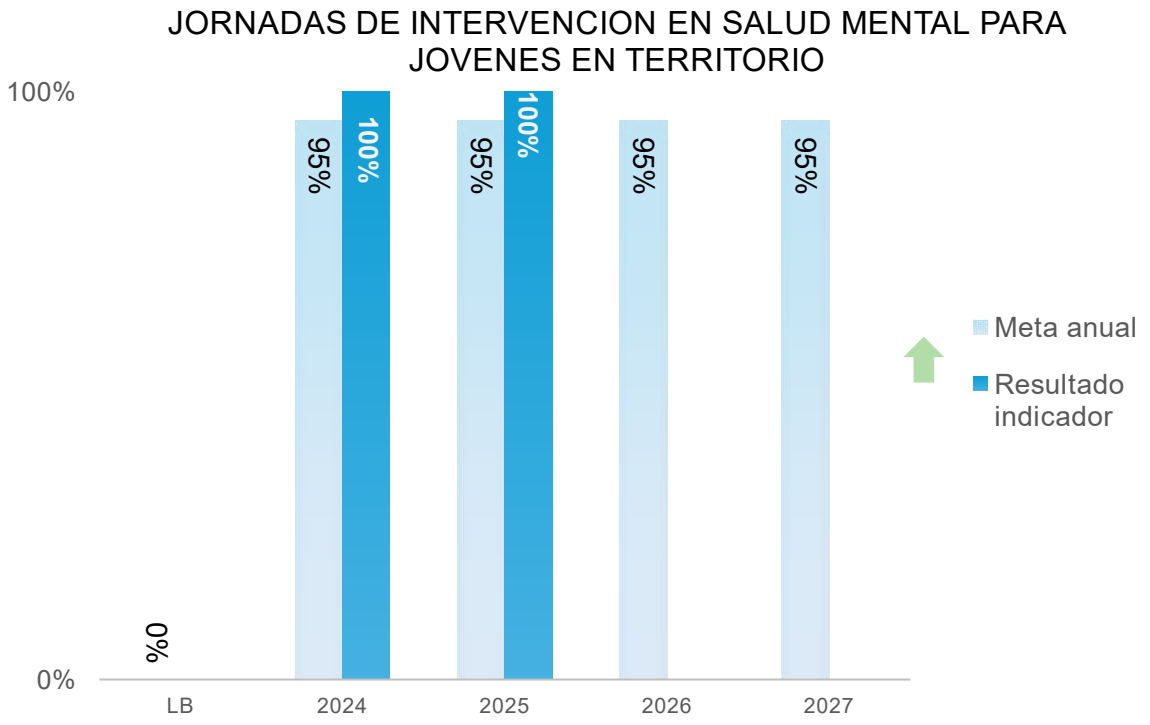
ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Se realizan intervenciones en salud mental en las comunas 1 - 3- 18 -19 - 20 y zonas rurales norte y sur.
- Intervenciones en prevención de las violencias, trastornos mentales, prevención del suicidio, prevención de consumo de sustancias psicoactivas y nuevas adicciones, prevención de violencias.
- Ejecución de intervenciones en salud mental, se ejecutaron 56 intervenciones en salud mental dirigidas a jóvenes, cumpliendo el 100 % de las actividades programadas.
- Cobertura territorial en las comunas 1, 3, 18, 19 y 20 así como en las zonas rurales norte y sur, garantizando un alcance amplio y equitativo en el territorio.
- Prevención de las violencias
- Prevención de trastornos mentales
- Prevención del suicidio
- Prevención del consumo de sustancias psicoactivas y nuevas adicciones
- Promoción de la salud mental
- En el componente comunitario, se desarrollaron intervenciones en espacios como la Fundación Formemos, fortaleciendo el trabajo territorial en escenarios no escolares.
- Todas las acciones fueron desarrolladas bajo un enfoque diferencial, intersectorial y comunitario, orientadas a la promoción de la salud mental y la reducción de factores de riesgo en adolescentes y jóvenes del territorio.

- En el entorno institucional se realizaron jornadas educativas en las salas de espera de las IPS Meléndez y Cañaveralejo, facilitando el acceso a información en salud mental a los usuarios del sistema de salud y fortaleciendo los procesos de educación en escenarios asistenciales.
- Las intervenciones respondieron a las necesidades psicosociales priorizadas en el territorio e incluyeron las siguientes temáticas:

RETOS:

- Implementar un plan de capacitación continua y especializada para el talento humano, asegurando la actualización constante en protocolos y enfoques de atención.
- Reforzar y modernizar la estrategia comunicacional, utilizando plataformas efectivas para la difusión masiva de mensajes clave de salud y la promoción de servicios.



EVIDENCIAS





VIGILADO Supersalud











VIGILADO Supersalud


19 dic 2025 3:46:57 p.m
Actividad Educativa. Prevención
del consumo de sustancias
psicoactivas. Colectivo d







VIGILADO Supersalud

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Mejorar la eficiencia y transparencia en el uso de los recursos.

INDICADOR: Superávit o Déficit Fiscal

OBJETIVO ESPECIFICO: Promover la eficiencia financiera de la ESE

ANALISIS: Durante la vigencia 2025, el comportamiento financiero evidencia una gestión favorable en términos de reconocimientos, con resultados mixtos en el recaudo, pero cerrando el año con superávit tanto contable como de caja.

Primer trimestre

Reconocimientos: $26.359.764.293

Recaudos: $23.142.520.097

Compromisos ejecutados: $23.109.465.178

Resultados:

Superávit por reconocimiento: $3.250.299.115

Superávit por recaudo: $33.054.919

- ✓ Se evidencia equilibrio financiero, con una ejecución del gasto alineada a los ingresos efectivamente recaudados.

Tercer trimestre

Reconocimientos acumulados: $81.923.205.445

Recaudos acumulados: $72.894.699.677

Compromisos ejecutados: $75.077.568.645

Resultados:

Superávit por reconocimiento: $6.845.636.800

Déficit por recaudo: $2.189.311.305

- ✓ Aunque el nivel de reconocimiento supera el gasto, se presenta presión de liquidez, reflejada en un déficit bajo el criterio de recaudo.

Cuarto trimestre

Reconocimientos acumulados: $127.367.325.922

Recaudos acumulados: $111.730.611.298

Compromisos ejecutados: $103.065.821.252

Resultados:

Superávit por reconocimiento: $24.301.504.670

Superávit por recaudo: $8.664.790.046

- ✓ Se consolida una mejora significativa en el recaudo, fortaleciendo la liquidez y permitiendo cerrar la vigencia con resultados positivos.

La entidad mantiene durante toda la vigencia un superávit estructural por reconocimiento, lo que indica adecuada planeación y control del gasto.

El recaudo presenta fluctuaciones, con un déficit temporal en el tercer trimestre, corregido en el cierre del año.

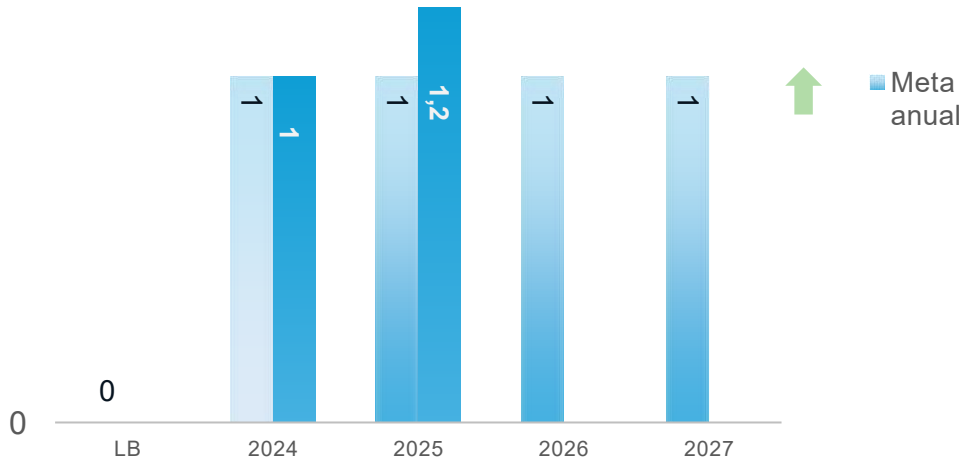
El cuarto trimestre es determinante para el equilibrio financiero final, logrando superávit tanto contable como de caja.

En términos generales, la vigencia 2025 se cierra con sostenibilidad financiera, adecuada ejecución presupuestal y recuperación de liquidez.

RETOS:

- ✓ Continuar fortaleciendo la gestión de cobro de cartera.
- ✓ Para mitigar el riesgo generado por el flujo financiero de las EAPB, se establecen mesas de conciliación.
- ✓ Fortalecer las estrategias de austeridad del gasto, sin afectar la calidad de la prestación de los servicios.

SUPERAVIT O DEFICIT FISCAL



INDICADOR: Prueba Ácida

OBJETIVO ESPECIFICO: Conocer por cada peso de deuda cuantos en activos líquidos se cuenta.

ANALISIS: El indicador de prueba ácida, que mide la capacidad de la entidad para atender sus obligaciones de corto plazo con activos altamente líquidos, excluyendo los inventarios, presentó una tendencia decreciente a lo largo de la vigencia 2025.

Al cierre del primer trimestre, el indicador se ubicó en 4,46, reflejando una alta liquidez, con una capacidad ampliamente suficiente para cubrir los pasivos corrientes, lo cual evidencia una posición financiera sólida en ese periodo.

Para el segundo trimestre, la prueba ácida descendió a 1,67, mostrando una reducción significativa en la liquidez, aunque aún se mantiene por encima del nivel óptimo de referencia (1), indicando que la entidad conservaba capacidad para cumplir oportunamente con sus obligaciones de corto plazo.

En el tercer trimestre, el indicador continuó disminuyendo hasta 1,53, lo que confirma una tendencia sostenida de reducción de activos líquidos o incremento de pasivos corrientes, aunque sin comprometer la solvencia inmediata.

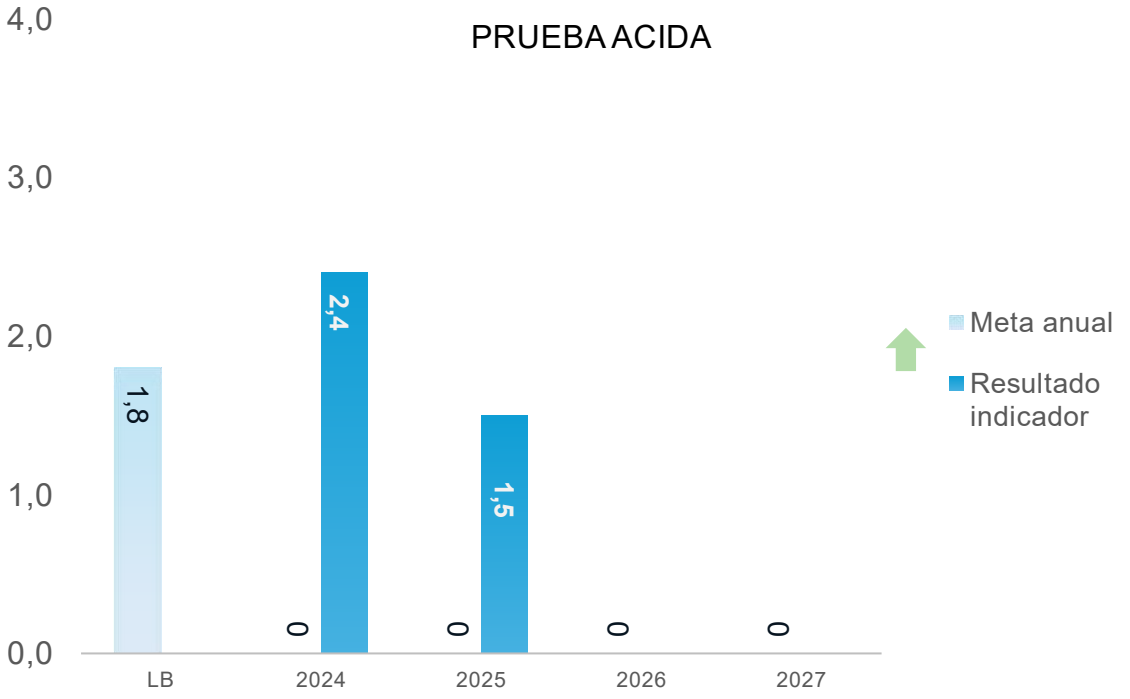
Finalmente, al cierre del cuarto trimestre, la prueba ácida se situó en 1,13, valor que, si bien permanece en un rango aceptable, evidencia una liquidez más ajustada, lo cual sugiere la necesidad de fortalecer la gestión del efectivo y de las cuentas por cobrar para evitar riesgos de presión financiera en el corto plazo.

Durante 2025, la entidad mantuvo capacidad para atender sus obligaciones de corto plazo; no obstante, la tendencia descendente del indicador indica un deterioro progresivo de la liquidez, por lo que se recomienda implementar estrategias de control del pasivo corriente y optimización del flujo de caja para preservar la estabilidad financiera en periodos futuros.

RETOS:

- ✓ Optimizar la productividad en la prestación de los servicios de salud.
- ✓ Brindar procesos de socialización y capacitación al personal asistencial y de facturación, enfocados en los aspectos clave de los contratos vigentes con las EAPB y demás entidades contratantes.
- ✓ Garantizar la radicación oportuna de cuentas, cumpliendo con los plazos establecidos por cada entidad contratante

- ✓ El Resultado del indicador puede surgir variación teniendo en cuenta que se está en verificación del cierre de la vigencia



INDICADOR: Índice de Liquidez

OBJETIVO ESPECIFICO: Conocer con cuantos activos corrientes se cuenta para respaldar las obligaciones a corto plazo.

ANALISIS: El índice de liquidez, que evalúa la capacidad de la E.S.E. para atender sus obligaciones de corto plazo con activos corrientes, evidenció una tendencia decreciente durante la vigencia 2025, aunque se mantuvo por encima del nivel mínimo de referencia.

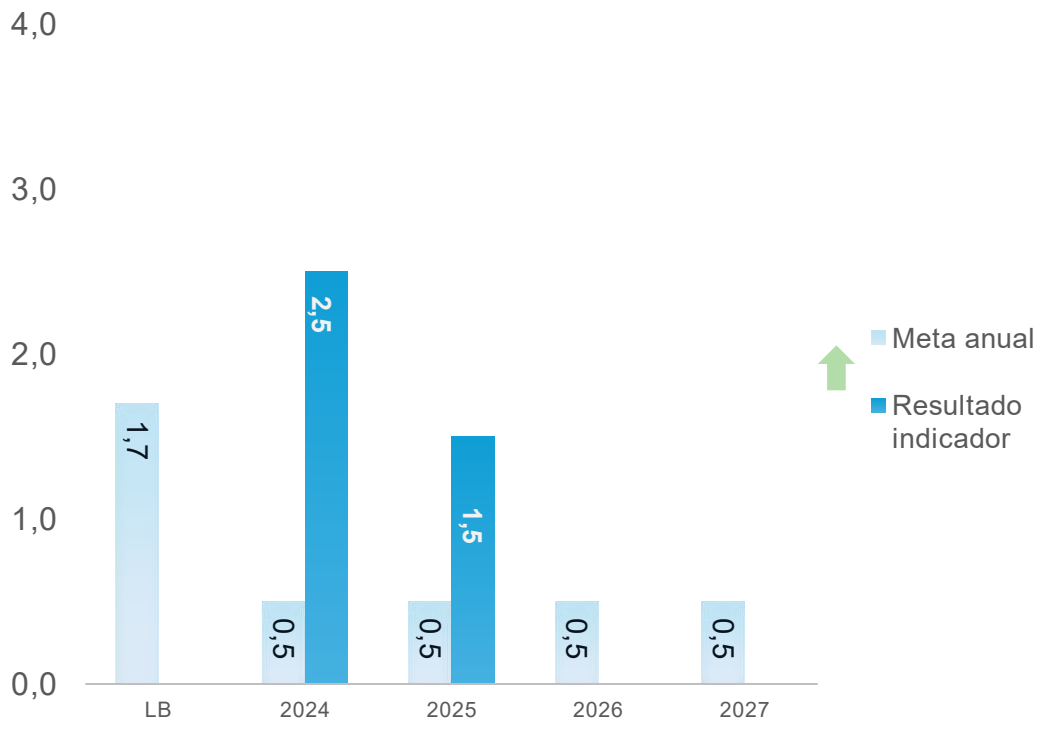
En el primer periodo analizado, la entidad presentó un índice de 4,66, reflejando una sólida posición de liquidez, con amplia capacidad para cubrir los pasivos corrientes. Posteriormente, el indicador descendió a 1,72, mostrando una reducción significativa de la liquidez, aunque aún conservando un margen adecuado para atender las obligaciones inmediatas.

Durante el siguiente periodo, el índice continuó disminuyendo hasta 1,59, lo que confirma una disminución progresiva de los activos corrientes frente a los pasivos de corto plazo, sin comprometer la capacidad de pago. Finalmente, al cierre de la vigencia, el índice se ubicó en 1,17, valor que, si bien permite cumplir con las obligaciones a corto plazo, evidencia una liquidez más ajustada y menor holgura financiera.

A lo largo del año, la E.S.E. mantuvo la capacidad de responder por sus deudas de corto plazo; sin embargo, la tendencia descendente del índice de liquidez sugiere la necesidad de fortalecer la gestión del capital de trabajo, especialmente en la recuperación de cartera y el control del pasivo corriente, con el fin de preservar la estabilidad financiera en futuras vigencias.

RETOS:

- ✓ Incrementar el porcentaje de recaudo, con el fortalecimiento de los procesos de recuperación de cartera corriente y no corriente.
- ✓ Establecer políticas de austeridad del gasto



INDICADOR: Proporción de la Radicación de Facturas Modalidad Evento

OBJETIVO ESPECIFICO: Realizar el seguimiento a la radicación oportuna de la facturación por evento y garantizar el proceso para el fijo oportuno de los recursos.

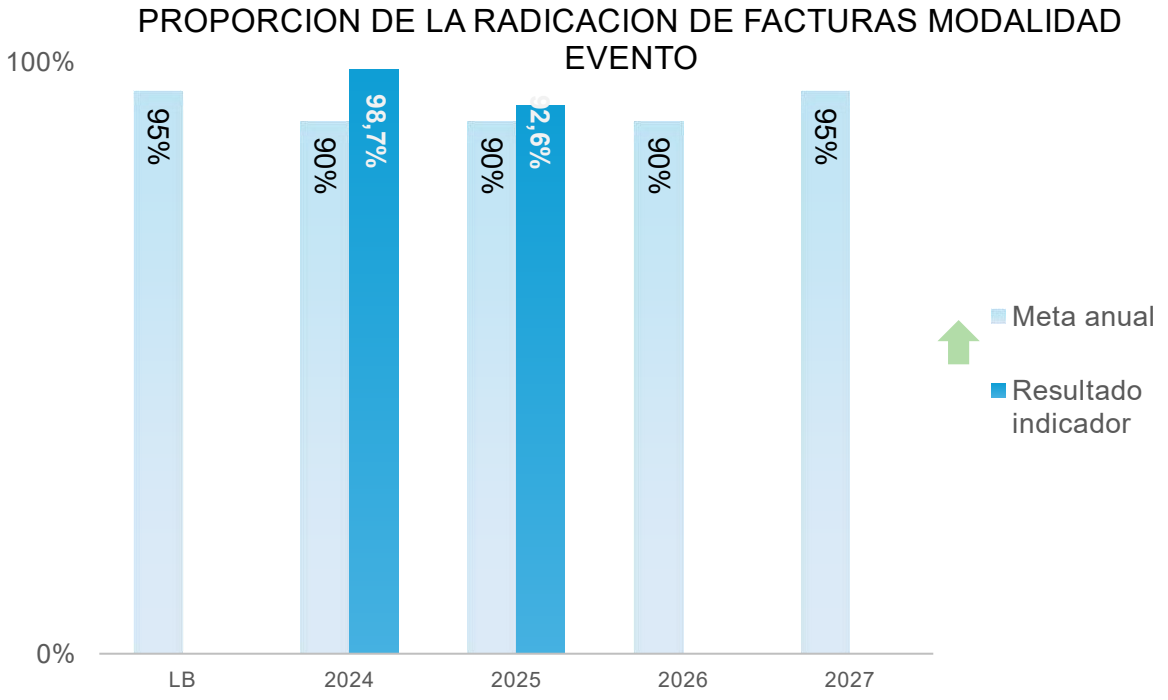
ANALISIS: Durante el primer trimestre de 2025, la institución logro mantener la glosa de evento, la vigencia actual por debajo de la meta que es inferior al 5% frente a la venta de servicios, sin embargo, se realizaron las sugerencias pertinentes a las subgerencias involucradas con el fin de mantener un margen similar y al periodo reportado. Para el 2° trimestre de 2025, se cumplió con la meta alcanzando el 90% Para el 3° trimestre de 2025, se cumplió con la meta alcanzando el 98.78% , Se Realizo capacitación al personal sobre los contratos vigentes, Se realizo la radicación oportuna de facturas, Se respondió oportunamente las devoluciones y glosas.

ACTIVIDADES:

- ✓ Se cumplió con la meta programada, alcanzando un porcentaje de 96.4 %, con la radicación de eventos.
- ✓ Se Realizo capacitación al personal sobre los contratos vigentes.
- ✓ Se realizo la radicación oportuna de facturas.
- ✓ Se respondió oportunamente las devoluciones y glosas
- ✓ Se Realizo capacitación al personal sobre los contratos vigentes.
- ✓ Se realizo la radicación oportuna de facturas.
- ✓ Se respondió oportunamente las devoluciones y glosas

RETOS:

- ✓ Continuar con la radicación debe realizarse dentro de los tiempos definidos
- ✓ Continuar con la capacitación al personal sobre los cambios en normativas, requisitos y procesos para garantizar una correcta radicación.
- ✓ Implementar mecanismos de monitoreo para detectar y corregir oportunamente posibles demoras en el proceso.



INDICADOR: Rotación de cartera

OBJETIVO ESPECIFICO: Generar efectivo en la empresa a partir del recaudo de cartera en un tiempo estimado.

ANALISIS: Durante la vigencia 2025, el comportamiento del recaudo estuvo influenciado principalmente por factores operativos y financieros asociados a la facturación y a los giros de las EPS. En el primer trimestre, una proporción significativa de los ingresos recaudados correspondió a servicios prestados en la vigencia anterior, debido a que la facturación corriente inició procesos de auditoría durante el transcurso del trimestre. Adicionalmente, se presentó un saldo pendiente de legalización por parte de Emssanar EPS por valor de $1.314.661.161, lo cual impactó negativamente el indicador de recaudo.

En el segundo trimestre se dio cumplimiento al indicador establecido; no obstante, Emssanar EPS no realizó de manera oportuna el giro correspondiente a la modalidad de capitación del mes de junio, generando una afectación aproximada de $2.600 millones, lo que disminuyó la efectividad del recaudo del periodo.

Durante el tercer trimestre de 2025, la institución logró mantener control sobre la glosa por evento, contribuyendo a la estabilidad del indicador. Aunque en la vigencia actual el resultado se mantiene por debajo de la meta institucional, establecida en un nivel inferior al 5% frente a la venta de servicios, se realizaron las recomendaciones pertinentes a las subgerencias involucradas con el fin de sostener un margen similar al del periodo reportado.

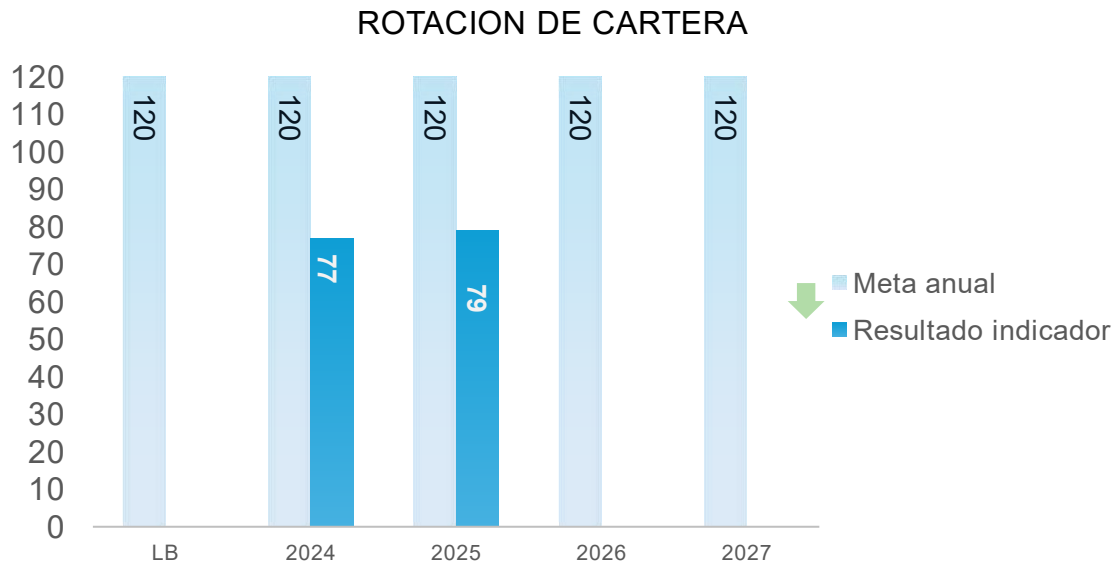
Finalmente, para el trimestre evaluado se cumplió el indicador; sin embargo, se mantiene un seguimiento permanente a los giros de los contratos de capitación, debido a que EPS como Nueva EPS y Asmetsalud han venido realizando giros por debajo del 100% de la facturación mensual, lo que representa un riesgo recurrente para la sostenibilidad del recaudo.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Gestión de cartera oportuna
- Cierre de vigencias anteriores
- Monitoreo y seguimiento a las cuentas de difícil cobro
- Cobros persuasivos.
- Implementación de manual interno de cartera

RETOS:

- Actualmente en conjunto con el proceso de contratación y la Subgerencia de PYM, se adelantan mesas de conciliación de indicadores y descuentos se los contratos de capitación para llevar a cabo el proceso de liquidación de contratos
- Continuar realizando permanentemente las gestiones de cobro de cartera teniendo en cuenta que para el tercer trimestre
- Continuar con la implementación del manual interno de cartera.



INDICADOR: Impacto de la Glosa Modalidad Evento

ANALISIS: Durante la vigencia 2025, la institución evidenció un comportamiento estable y controlado en la glosa de evento a lo largo de los cuatro trimestres del año. En cada uno de los periodos evaluados, el indicador se mantuvo por debajo de la meta institucional, establecida en un nivel inferior al 5% frente a la venta de servicios, lo que refleja una adecuada gestión en los procesos de facturación, auditoría y respuesta a glosas.

En el primer y segundo trimestre, además del cumplimiento del indicador, se adelantaron acciones preventivas y correctivas mediante la formulación de sugerencias dirigidas a las subgerencias involucradas, con el propósito de conservar márgenes similares a los obtenidos en los periodos reportados y mitigar riesgos de incremento en la glosa.

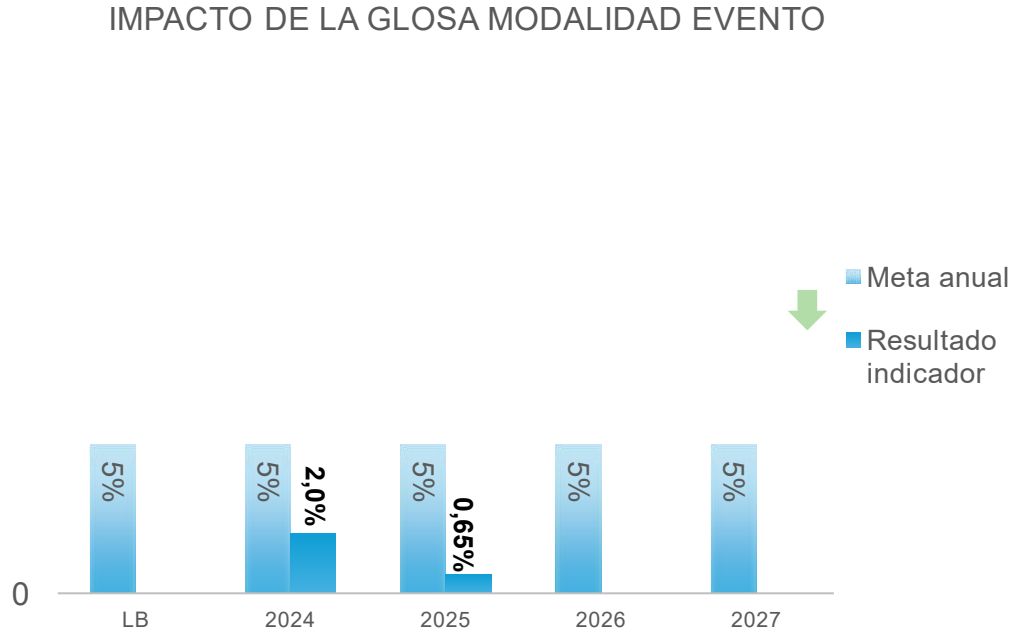
Durante el tercer trimestre, la institución logró sostener el control de la glosa de evento, consolidando los resultados alcanzados en los trimestres anteriores y evidenciando consistencia en la aplicación de los lineamientos técnicos y administrativos definidos.

Finalmente, en el cuarto trimestre de 2025, se mantuvo el cumplimiento del indicador y la glosa de evento continuó por debajo del umbral establecido, ratificando la efectividad de las acciones de seguimiento y articulación interáreas implementadas durante la vigencia.

En conclusión, el desempeño anual del indicador de glosa de evento fue satisfactorio, con resultados sostenidos durante toda la vigencia 2025, apoyados en un seguimiento permanente y en la coordinación entre las subgerencias responsables, lo cual contribuye a la eficiencia financiera y a la mejora continua de los procesos institucionales.

RETOS:

- Continuar con las oportunidades de mejora con los actores involucrados para no continuar incurriendo con las glosas reiteradas.
- Atender y dar respuesta inmediata a las glosas para evitar retrasos en el proceso.
- Evaluar detalladamente y gestionar la respuesta a las glosas oportunas
- Mantener comunicación constante con las entidades contratantes
- Capacitar al equipo encargado sobre cambios normativos y procedimientos relacionados con la facturación.



INDICADOR: Monitoreo del sistema integrado de gestión de riesgos

OBJETIVO ESPECIFICO: Garantizar la efectividad del sistema integrado de gestión de riesgos.

ANALISIS: Durante la vigencia 2025, la Red de Salud de Ladera E.S.E. evidenció avances significativos en el fortalecimiento de la gobernanza del riesgo, mediante la consolidación de un sistema integral orientado a la identificación, evaluación, control y seguimiento de los riesgos institucionales y asistenciales.

La entidad contó con una matriz de riesgos consolidada para la vigencia 2025, compuesta por 52 riesgos, de los cuales 13 corresponden a riesgos SICOF, y 138 controles, lo que refleja un nivel robusto de cobertura frente a los factores de riesgo identificados. Esta estructura permitió una gestión más organizada y articulada por procesos, facilitando la toma de decisiones y el enfoque preventivo.

Como resultado del proceso de gestión del riesgo, se logró la actualización y consolidación de la matriz institucional estructurada por procesos, incorporando nuevos riesgos identificados durante el último ciclo de revisión. Asimismo, se evidenció una mejora sustancial en la trazabilidad de los controles, así como en la documentación y respaldo de las evidencias asociadas a las acciones de mitigación, fortaleciendo los principios de transparencia y control.

Adicionalmente, se realizó la priorización de los riesgos de mayor impacto, los cuales fueron incorporados en el plan de acción institucional, permitiendo orientar los esfuerzos hacia aquellos eventos con mayor probabilidad de ocurrencia y consecuencias relevantes para la operación y sostenibilidad de la entidad. De manera complementaria, se registró un avance significativo en la elaboración de la matriz de riesgos asistenciales bajo la metodología AMFE, contribuyendo a la gestión del riesgo clínico y a la mejora continua de la calidad y seguridad del paciente.

En conclusión, durante la vigencia 2025 la Red de Salud de Ladera E.S.E. consolidó un modelo de gestión del riesgo más maduro, preventivo y articulado, que fortalece el control interno, apoya el cumplimiento de los objetivos institucionales y aporta a la sostenibilidad financiera y asistencial de la entidad.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- La actualización y consolidación de la matriz de riesgos institucional, estructurada por procesos.
- La incorporación de nuevos riesgos detectados durante el último ciclo de revisión.
- La mejora en la trazabilidad de los controles implementados y en la documentación de las evidencias de mitigación.
- La priorización de los riesgos de mayor impacto para su gestión en el plan de acción institucional.
- Adelanto en la realización de la matriz de riegos asistenciales (AMFE).
- Consolidación de la matriz de riesgos institucional, organizada por procesos.
- Seguimiento a los riesgos identificados durante el último ciclo de revisión.
- Mejora en la trazabilidad de los controles implementados y en la documentación de las evidencias asociadas a las acciones de mitigación.
- Priorización de los riesgos con mayor impacto para su inclusión y gestión dentro del plan de acción institucional
- Se consolidó la matriz de riesgos asistenciales (AMFE).
- Se fortaleció la estructura y gestión de la matriz de riesgos.
- Se avanzó en la aplicación de encuestas institucionales como parte del proceso de análisis y evaluación de riesgos.
- Se realizaron dos sesiones del Comité de Gestión de Riesgos, donde se analizaron 65 riesgos institucionales y 47 asistenciales, se aprobaron indicadores específicos y se dio seguimiento a 17 planes de trabajo. Se avanzó en la aplicación de encuestas institucionales como parte del proceso de análisis y evaluación de riesgos.
- Entre los logros más relevantes destacan la articulación con los ejes de acreditación en salud, el avance en el cumplimiento del Estándar de Calidad N°24.
- Actualización de la matriz de riesgos en SIGES, la aplicación del cuestionario SIGR.
- Implementación de encuestas de percepción y el desarrollo de estrategias de comunicación y capacitación institucional. Estos resultados evidencian la madurez del sistema, el compromiso de la alta dirección y el fortalecimiento

de una cultura preventiva orientada a la mejora continua y al cumplimiento de los objetivos misionales y estratégicos.

- Se realizaron dos sesiones del Comité Cuatrimestral de Gestión del Riesgo que abordaron temas estratégicos en el marco del proceso de acreditación en salud, destacándose la implementación exitosa de la metodología AMFE con la consolidación de una matriz que cubre 51 riesgos distribuidos en 11 procesos asistenciales críticos.

- Adicionalmente, se logró estructurar la matriz de riesgos administrativos que integra 75 riesgos identificados, 169 controles establecidos en 37 procesos institucionales, proporcionando información estratégica fundamental para la toma de decisiones.

- En materia de cumplimiento normativo, se implementaron estrategias específicas para dar cumplimiento a los 12 criterios del Estándar de Calidad DIR 17 sobre Gestión Integral de Riesgos en Salud, articulando componentes de vigilancia epidemiológica, atención clínica, acción comunitaria e innovación tecnológica.

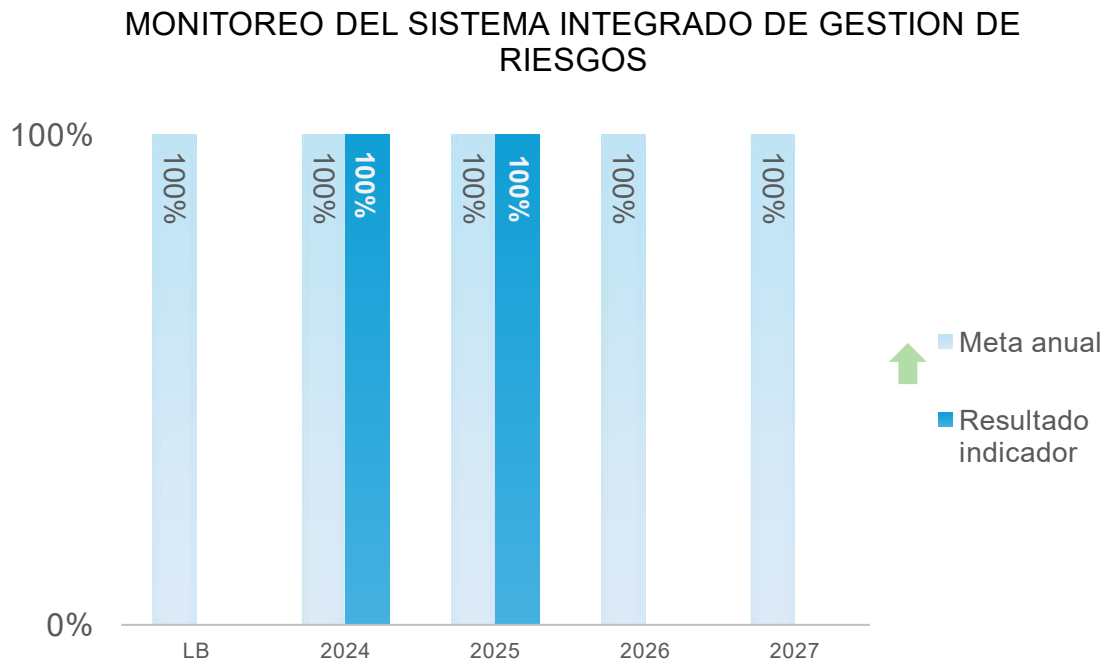
- El fortalecimiento de la cultura organizacional en gestión del riesgo se materializó a través de un programa robusto de capacitación que impactó a 240 funcionarios mediante 9 jornadas de formación que sumaron 7.5 horas, cubriendo personal de nuevo ingreso, profesionales de odontología, enfermería, consulta externa, zonas rurales y líderes de proceso en 4 sedes institucionales y 6 áreas diferentes.

- Como complemento, se ejecutó un plan de medios que produjo 5 piezas audiovisuales difundidas por canales internos y redes sociales, alcanzando 1,094 reproducciones y promoviendo la cultura de notificación del riesgo. Se desarrollaron jornadas intensivas de seguimiento con líderes de proceso durante septiembre, octubre y noviembre, logrando la identificación de 10 nuevos riesgos críticos en procesos como Atención al Usuario, Humanización, Comunicaciones, Biomédica y Ambiente Físico, cada uno con compromisos de implementación de controles específicos.

- Finalmente, se realizaron dos jornadas estratégicas de referenciación competitiva con el Hospital Universitario San Ignacio y la ESE Salud de Tundama, que resultaron en 15 iniciativas estratégicas propuestas para adopción de mejores prácticas en gestión del riesgo, seguridad del paciente y auditoría clínica.

RETOS:

- Fortalecimiento de la cultura de riesgos.
- Conocimiento y criterio de gestión de riesgos en los líderes de proceso.
- Implementación de curso en la plataforma Moodle.
- 100% de los controles aplicados.
- Seguimiento con líderes de proceso
- Capacitación
- Presentación al comité estratégico



EVIDENCIA:


SISTEMA INTEGRADO DE GESTION EN SALUD
Administrativo
Tableros de Mando
Planeacion
SOGCS
Aprendizaje
Solicitud Normalizacion Documentos
Exportar a:
Exportar
MATRIZ MAPA DE RIESGOS
Por Favor Seleccione Año: 2025
Nuevo
Proceso
Subsistema de Riesgo
Impacto
Causa Inmediata
Causa Raiz
Descripcion del Riesgo
Clasificacion del Riesg
Frecuencia Realiza Actividad Durante el Año
Probabilidad Inherer
Editar Eliminar
Planeacion
Riesgo Operacional o Gestion
Economico y Reputacional
Multa y Sanciones
Reporte extemporáneo de información legal a entes de inspección vigilancia y control frente a , Circular Única, SIA Contraloría, Resolución 256 de 2016 y Decreto 2193 tabla de calidad
Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones y Multas debido al no reporte o reporte extemporáneo de información de obligatorio cumplimiento a entes de inspección vigilancia y control frente a Circular Única, SIA Contraloría, Resolución 256 de 2016 y Decreto 2193 tabla de calidad y Sispro-Pisis y todas las demás que sean de obligatoriedad
Ejecucion y Administracion de Procesos
37
Media
Destitución o inhabilidad al Representante Legal y perdida de imagen institucional
No cumplimiento de las metas planteadas en el plan de Gestión Gerencial por fallas de seguimiento y evaluación oportuna.
Posibilidad de Afectación económica y reputacional por destitución o inhabilidad del Representante Legal debido a la evaluación Insatisfactoria por el no cumplimiento de las metas planteadas en el plan de Gestión Gerencial por fallas de seguimiento y evaluación oportuna.
Ejecucion y Administracion de Procesos
1
Muy Baja
Evaluación negativa de la gestión
No logro de las metas de gestión
Incumplimiento del plan de desarrollo institucional
Ejecucion y Administracion de Procesos
4
Baja





VIGILADO Supersalud





C

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4: Fortalecer la participación ciudadana en la gestión.

INDICADOR: Proporción de líderes capacitados en vigilancia (gestión del riesgo) basada en la comunidad.

ANALISIS: Durante la vigencia evaluada, se desarrollaron acciones orientadas al fortalecimiento del bienestar comunitario, con énfasis en población adulta mayor y en la prevención de eventos en salud pública. En el primer trimestre, se adelantó un proceso de concertación con la referente de adultez y vejez, con el objetivo de promover espacios de interacción y fortalecimiento de capacidades en el adulto mayor, orientados al bienestar emocional y al afrontamiento de los retos propios de la edad avanzada.

Asimismo, durante el mismo periodo se realizaron intervenciones extramurales de socialización, mitigación y prevención de los riesgos asociados a la Infección Respiratoria Aguda (IRA), especialmente en el contexto de la temporada de lluvias, contribuyendo a la promoción del autocuidado y a la reducción de factores de riesgo en la comunidad.

Finalmente, en el último trimestre de la vigencia, se participó en la reunión mensual con la Liga de Usuarios, en la cual se socializó nuevamente la estrategia de Equipos Básicos en Salud, con el propósito de fortalecer la articulación con los líderes comunitarios y mejorar la intervención territorial en los sectores priorizados.

En conjunto, estas acciones aportaron al fortalecimiento de la participación social, la prevención en salud y la articulación interinstitucional, impactando positivamente la gestión comunitaria durante la vigencia**.**

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Manejo de emociones
- Estilo de vida saludables
- Salud Mental y ciclo de vida.
- Estrategias para la estimulación cognitiva: medicina Familiar Estrategias de actividad física
- Autoestima y bienestar
- Prevención de la enfermedad

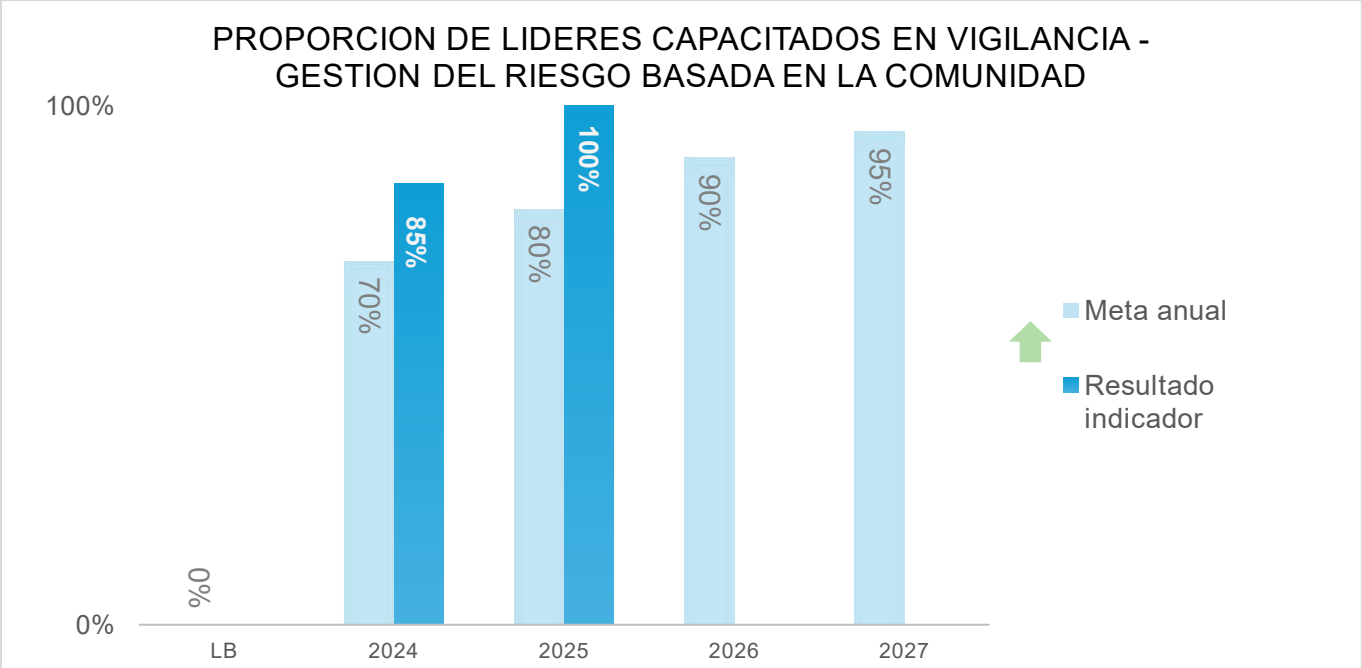
- Activación de rutas
- Consolidación de la matriz de riesgos institucional, organizada por procesos.
- Seguimiento a los riesgos identificados durante el último ciclo de revisión.
- Mejora en la trazabilidad de los controles implementados y en la documentación de las evidencias asociadas a las acciones de mitigación.
- Priorización de los riesgos con mayor impacto para su inclusión y gestión dentro del plan de acción institucional
- Se consolidó la matriz de riesgos asistenciales (AMFE).
- Se fortaleció la estructura y gestión de la matriz de riesgos.
- Se avanzó en la aplicación de encuestas institucionales como parte del proceso de análisis y evaluación de riesgos
- Se iniciaron las gestiones de articulación en la Comuna 18 para la planificación de un ciclo de capacitaciones, identificando las necesidades específicas del territorio. La ejecución de estos módulos está programada para finales de octubre.
- Jornadas educativas sobre violencia con los equipos básicos en la sede administrativa.
- Reinducción a los equipos básicos en salud abarcando temas de APS, entornos y salud mental para la ejecución en territorio.
- Se informa a los asistentes que en la IPS Montebello se iniciarán arreglos menores relacionados con temas de humedad; de igual manera, anuncia que en la IPS Sirena se llevarán a cabo reparaciones en el techo.
- Se busca generar espacios de diálogo y retroalimentación que faciliten la participación activa de los habitantes y garanticen que las decisiones y acciones respondan a las particularidades de cada población.
- Los Equipos Básicos en Salud adelantan procesos de socialización en los distintos corregimientos y zonas de influencia de la Red de Salud de Ladera, con el propósito de informar de manera clara, transparente y oportuna las acciones que se vienen desarrollando en cada territorio. Estas jornadas permiten presentar los avances, retos y necesidades identificadas, así como dar a conocer las estrategias de intervención que se llevan a cabo para fortalecer la salud pública y la atención primaria en la comunidad
- Estas actividades también tienen como objetivo fortalecer el liderazgo comunitario y el compromiso de los ciudadanos, de modo que los líderes

locales puedan brindar acompañamiento activo durante los barridos poblacionales, las actividades educativas y las visitas casa a casa.

- Se agradece a la Gerencia de la Red de Salud de Ladera y los representantes de las Asociaciones de Usuarios la participación activa, el compromiso y las valiosas intervenciones presentadas durante este espacio, se reconoce la importancia de estos encuentros como escenarios de diálogo constructivo que permiten identificar necesidades, fortalecer los procesos de atención y avanzar en la mejora continua de los servicios ofrecidos a la comunidad.

RETOS:

- Continuar con las capacitaciones al personal asistencial.
- Abarcar temas en jornadas de inducción y reinducción
- Realizar cronograma para representantes por comunidad o institución.



VIGILADO Supersalud

EVIDENCIA:















VIGILADO Supersalud





INDICADOR: Porcentaje de cumplimiento del cronograma de participación social

OBJETIVO ESPECIFICO: Promover la participación social y la vinculación activa de los grupos de interés.

ANALISIS: Durante el periodo evaluado, se desarrollaron acciones orientadas al fortalecimiento de la Participación Social en Salud, en cumplimiento del cronograma y los objetivos del plan de acción institucional. Estas actividades promovieron el diálogo directo entre la gerencia y la comunidad, reafirmando el compromiso institucional con la mejora continua de los servicios de salud y la inclusión de los usuarios en los procesos de seguimiento y evaluación de la gestión.

En el mes de enero se ejecutaron cuatro actividades, de las cuales tres correspondieron a reuniones solicitadas por los presidentes de las Asociaciones de Usuarios de las IPS Hormiguero, Buitrera y Siloé, atendiendo necesidades de participación social y fortalecimiento institucional. Adicionalmente, se realizó la reunión mensual con la gerencia, garantizando la continuidad en la comunicación y la coordinación interinstitucional.

Cabe resaltar que, conforme a la planificación anual del área de Participación Social, enero estuvo enfocado principalmente en la elaboración de la planificación estratégica para el año 2025, lo que implicó una disminución en el número de reuniones y la priorización de la definición de acciones y metas.

Como resultado, se consolidaron los vínculos con las Asociaciones de Usuarios y actores comunitarios, fortaleciendo la gobernanza territorial y la veeduría ciudadana en la gestión en salud.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Ejecución del plan de Participación Social Institucional.
- Cumplimiento de cronograma de reuniones con Asociaciones de Usuarios y Actores comunitarios.
- Encuentros Interinstitucionales para el fortalecimiento de la participación ciudadana.
- Cumplimiento de Oportunidades de mejora priorizadas de los requerimientos de las asociaciones de usuarios y actores comunitarios.
- Participación en Presupuestos participativos para la comunidad
- Espacios de socialización de reuniones con gerencia.
- Creación de piezas audiovisuales en articulación con comunicaciones para visibilizar el proceso participativo de las asociaciones de usuarios.
- Mesas de trabajo con los presidentes y vicepresidentes de las 16 asociaciones de usuarios.
- Durante el mes de octubre, se programaron un total de catorce (14) actividades, de las cuales trece (13) correspondieron a reuniones individuales con las diferentes Asociaciones de Usuarios de las sedes, y una (1) a la reunión mensual de las Asociaciones de Usuarios con la Gerencia de la institución.

- Se desarrollaron espacios de diálogo y concertación que permitieron fortalecer la comunicación entre las asociaciones y la administración, promoviendo así una participación más activa y constructiva de los representantes comunitarios en los procesos institucionales.
- Se socializó con las distintas Asociaciones el evento “Cali Conecta: Segundo Encuentro de Asociaciones de Usuarios de Empresas Sociales del Estado”, programado para realizarse el 21 de noviembre. Este encuentro tiene como propósito fortalecer la participación ciudadana y el trabajo articulado entre las asociaciones de usuarios de la ciudad de Cali, fomentando el intercambio de experiencias, el aprendizaje colectivo y la consolidación de estrategias que impulsen la mejora continua de los servicios de salud.
- Se llevó a cabo la toma de tallas de los integrantes de las asociaciones, actividad orientada a la elaboración de las camisetas institucionales, compromiso adquirido por la gerente de la institución, Dra. Diana Carolina Velásquez, como símbolo de identidad, pertenencia y reconocimiento al trabajo comunitario que desarrollan los usuarios en representación de sus territorios.

- Por otra parte, en el marco de la reunión mensual con la Gerencia, los líderes comunitarios realizaron diversas intervenciones en las que manifestaron sus requerimientos, inquietudes y propuestas frente al funcionamiento y los procesos de atención de las diferentes sedes. Entre los puntos más relevantes, se abordaron los avances de las intervenciones que se vienen realizando en las cuatro IPS: Cascajal, Vorágine, San Pascual y Golondrinas, las cuales tienen como finalidad mejorar la infraestructura, optimizar los servicios ofrecidos y garantizar espacios adecuados para la atención de los usuarios.
- Para el mes de noviembre se plantearon once (11) actividades, de las cuales diez (10) correspondieron a reuniones individuales y una (1) a una reunión conjunta entre las Asociaciones de Usuarios y la Gerencia. Esta última tuvo lugar en el marco del II Encuentro de Asociaciones de Usuarios de las Empresas Sociales del Estado, denominado “Cali Conecta”.
- Dicho espacio participativo contó con la asistencia de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, representantes de la Secretaría de Salud de Cali y los integrantes de las Asociaciones de Usuarios, lo que permitió generar un escenario de diálogo abierto, intercambio de experiencias y articulación

interinstitucional. Durante el encuentro se abordaron temas relacionados con el fortalecimiento de la participación ciudadana, el rol de las asociaciones en la veeduría social y la mejora continua de los servicios de salud.

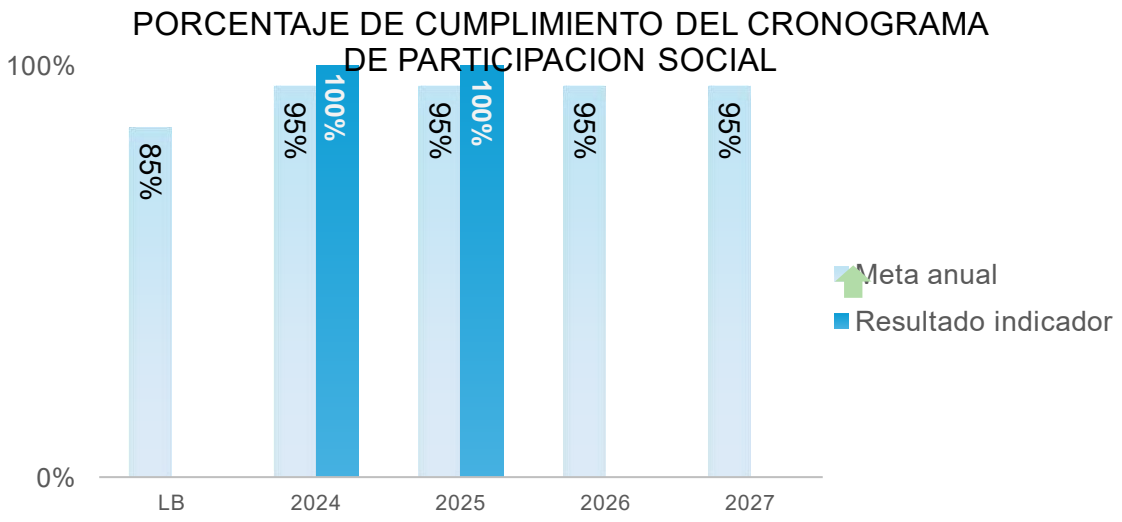
- Durante el mes de diciembre se programaron cuatro (4) actividades, de las cuales tres (3) correspondieron a reuniones individuales con las Asociaciones de Usuarios y una (1) estuvo relacionada con la presentación del Informe de Gestión.

- Dicho informe fue presentado por la gerente de la Red de Salud de Ladera, Dra. Diana Carolina Velásquez, quien socializó ante las diferentes Asociaciones de Usuarios los principales resultados de la gestión institucional, las acciones desarrolladas durante la vigencia, los logros alcanzados y los retos identificados. Este espacio permitió fortalecer la transparencia institucional y propiciar un ejercicio de rendición de cuentas, facilitando el acceso a la información y promoviendo la participación activa de los usuarios.

RETOS:

- Continuar con la participación de las ligas de usuarios con gerencia.
- Continuar involucrando a las ligas de usuarios en las actividades que realiza la institución.
- Para el período evaluado no se identificaron actividades pendientes por desarrollar, dado que la totalidad de las acciones programadas fueron ejecutadas de manera satisfactoria.
- El cumplimiento integral de las actividades previstas evidencia una adecuada planeación, organización y seguimiento por parte del área responsable, así como el compromiso institucional con el desarrollo oportuno de los espacios de participación y acompañamiento a las Asociaciones de Usuarios.

VIGILADO Supersalud



EVIDENCIA:









VIGILADO Supersalud











INDICADOR: Proporción de equipos básicos con capacitación en riesgo asociados a violencia, intento de suicidio, suicidio, problemas y trastornos en salud mental.

OBJETIVO ESPECIFICO: Promover la calidad de los servicios en el territorio

ANALISIS:

Durante el trimestre evaluado, se desarrollaron acciones estratégicas orientadas al fortalecimiento de las capacidades técnicas y operativas de los equipos básicos de salud, con el propósito de mejorar la calidad de la atención y optimizar la implementación de las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS) en los territorios.

Entre las acciones más relevantes se destaca la realización de capacitaciones dirigidas al talento humano en temas prioritarios como el riesgo de violencia basada en género, conducta suicida, trastornos mentales y los lineamientos para el adecuado diligenciamiento de la historia clínica. Estas actividades permitieron actualizar conocimientos, unificar criterios de atención y fortalecer la capacidad de respuesta frente a situaciones de alta sensibilidad y complejidad en el contexto comunitario.

Asimismo, los espacios formativos contribuyeron a consolidar el rol del equipo psicosocial dentro del modelo de atención, promoviendo un enfoque integral, humano

y diferenciado, acorde con las necesidades de la población. La articulación con el equipo interdisciplinario de salud fortaleció la atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, impactando positivamente la calidad del servicio y la gestión del riesgo en salud mental.

En términos generales, las acciones desarrolladas durante el trimestre aportaron de manera significativa al fortalecimiento institucional y a la mejora continua de la atención en salud, evidenciando avances en la implementación efectiva del enfoque APS y en la capacidad técnica del talento humano en los territorios.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Ejecución del plan de capacitación.
- Ejecución del cronograma de capacitación con los temas asociados a violencia- intento de suicidio- suicidio-problemas y trastornos en salud mental.
- Reinducción a los equipos básicos en salud, abarcando temas de APS, entornos y salud mental para la ejecución en territorio.
- Capacitación en formulario de caracterización: Componente Entorno y estrategia de Atención Primaria en Salud parte 2, procesos de facturación.
- Capacitación Trimestral sobre Violencia y Trastornos de Salud Mental
- Identificación y Análisis de Indicadores de Riesgo Psicosocial
- Evaluación de la Problemática en Contextos Específicos
- Historia clínica – uso de lenguaje técnico, teórico y profesional.
- Abordaje de casos en territorio y funciones del psicosocial: Se revisaron las responsabilidades del equipo psicosocial en el territorio, haciendo énfasis en el acompañamiento integral y la claridad de funciones dentro de los equipos básicos.
- Fortalecimiento del apoyo y comunicación en el equipo: Se resaltó la necesidad de mantener buenas prácticas de comunicación entre los profesionales y el equipo interdisciplinario, promoviendo la orientación mutua y el trabajo colaborativo.
- Identificación de casos de Violencias Basadas en Género (VBG): Se abordaron lineamientos para el manejo de estos casos desde la atención domiciliaria, estableciendo recomendaciones sobre horarios de llamadas,

VIGILADO Supersalud

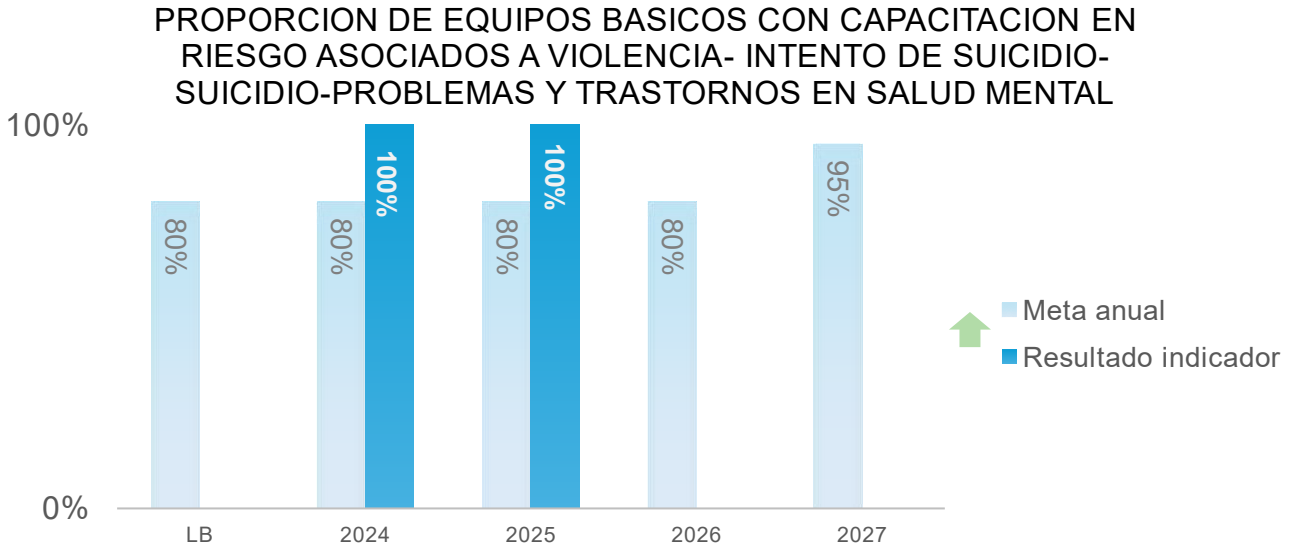
envío oportuno de documentos, rutas de atención y disposición de espacios seguros para las víctimas.

- En relación con la identificación de casos de violencia basada en género (VBG), se reiteró la importancia de un manejo integral que contemple el registro adecuado en la historia clínica, los mecanismos de autoprotección, la activación de redes de apoyo y rutas institucionales, la valoración del riesgo y el reconocimiento del ciclo de la violencia.
- Se recordó que la atención desde los servicios de salud incluye: ingreso a urgencias o al Consultorio Rosa del Hospital de Siloé, notificación mediante la ficha epidemiológica No. 875, diligenciamiento completo de la historia clínica, remisión al equipo psicosocial intramural en casos de mayor riesgo y notificación a las entidades de protección y justicia.
- Seguimiento de casos y articulación con la historia clínica: Se definió la responsabilidad de cada profesional en el seguimiento de casos y su articulación con la apertura y registro adecuado en la historia clínica.
- Capacitación en sistemas Rfas-t: Se acordó avanzar en la capacitación sobre el uso del sistema Rfas-t, con el fin de optimizar los procesos de registro, reporte y seguimiento de la atención psicosocial. Se indica la importancia de anexo 3, la justificación de remitir paciente a equipo interdisciplinario.

RETOS:

- Implementar la formación continua del personal mediante talleres especializados impartidos en modalidades presenciales o virtuales, garantizando la actualización de conocimientos.
- Producir y distribuir guías, manuales y material educativo adaptado, asegurando el acceso a recursos clave para el soporte de la práctica profesional.
- Realizar sesiones de sensibilización enfocadas en la humanización y el abordaje de problemáticas psicosociales, buscando generar un impacto positivo en la cultura organizacional.

VIGILADO Supersalud


PROPORCION DE EQUIPOS BASICOS CON CAPACITACION EN RIESGO ASOCIADOS A VIOLENCIA- INTENTO DE SUICIDIO-SUICIDIO-PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL
100%
0%
80%
80%
100%
80%
100%
80%
95%
LB
2024
2025
2026
2027
Meta anual
Resultado indicador

EVIDENCIA:







VIGILADO Supersalud









INDICADOR: Implementación estrategia de salud familiar y comunitaria en territorios.

OBJETIVO ESPECIFICO: Promover las acciones territoriales de la estrategia salud familiar y comunitaria mediante equipos básicos de salud.

ANALISIS: Durante el año vigente, se priorizaron tres territorios de intervención en la comuna 18, considerando la población afiliada a las EAPB SOS y Emssanar, dado que son las entidades con las que se cuenta actualmente con Equipos Básicos de Salud. En el marco de esta priorización, se desarrollaron visitas casa a casa para la aplicación del instrumento de identificación de riesgo en el hogar, conforme a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

A la fecha, se han caracterizado 550 viviendas mediante el trabajo de tres Equipos Básicos de Salud, lo que ha permitido identificar riesgos, fortalecer la atención preventiva y orientar las acciones de intervención en salud desde un enfoque familiar y comunitario.

De manera complementaria, durante el periodo evaluado se registraron avances significativos en la implementación de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria

(ESFC), alineada con los lineamientos nacionales y orientada al fortalecimiento del enfoque territorial, con las familias como eje central del proceso de atención. Como parte del despliegue operativo, se conformaron cinco equipos interdisciplinarios distribuidos por comuna, lo que facilitó una organización territorial efectiva, garantizando mayor cobertura, cercanía con las comunidades y una respuesta oportuna a las necesidades específicas de cada contexto.

En conjunto, estas acciones contribuyeron al fortalecimiento del modelo de atención integral en salud, mejorando la capacidad institucional para la gestión del riesgo y la atención centrada en las familias y comunidades.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

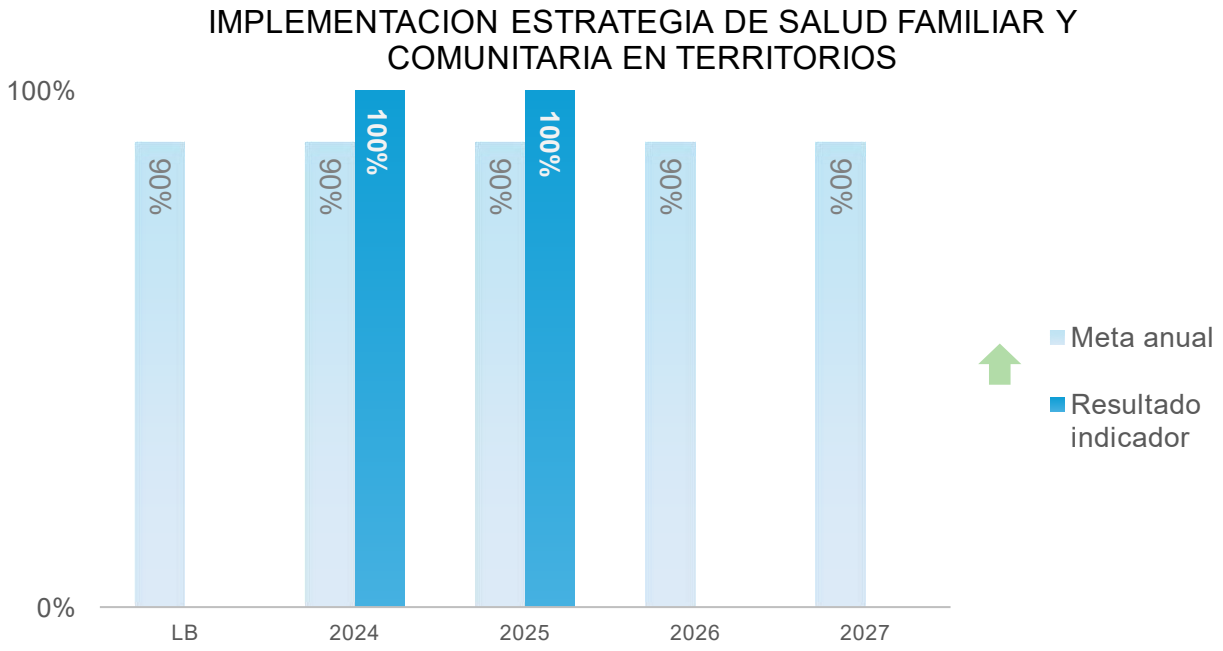
- Ejecución proyecto APS-Habitante de calle
- Ejecución proyecto PIC habitante de calle
- Jornadas de salud comunitaria
- Visitas domiciliarias
- Realizar estrategia de intervención en los territorios priorizados.
- Revisar, ajustar y realizar contenidos educativos conforme a la caracterización de la población.
- Modernizar el funcionamiento de equipo de salud familiar comunitario.
- Conformación de 5 equipos distribuidos por comuna.
- 1913 personas caracterizadas teniendo en cuenta la población afiliada a las EAPB SOS, Emssanar, Coosalud, Nueva EPS
- Aplicación de instrumento de identificación de riesgo en el hogar según lineamiento del ministerio de salud.
- Se logra consolidar 29 EBS, los cuales permitirá intervenir 18 territorios priorizados, equipos conformados por médicos, enfermera, auxiliar de enfermería, psicosocial, gestor comunitario. que realizaran intervenciones a la comunidad posterior a la identificación de riesgos que se encuentran priorizados en la ficha de caracterización.
- Programa Lideres y Equipos Conscientes -Módulo 2: Taller de Comunicación No Violenta, e centra en los principios de la CNV desarrollados por Marshall Rosenberg, proporcionando a los participantes herramientas prácticas para comunicarse de manera efectiva y empática, promoviendo relaciones más saludables y colaborativas tanto en el ámbito profesional como personal.

- La expansión de los EBS contempla el incremento en número y cobertura de los equipos, así como la incorporación de talento humano capacitado, tecnologías adecuadas y estrategias comunitarias que promuevan la participación activa de la ciudadanía. Este fortalecimiento resulta clave para avanzar hacia un modelo de atención centrado en las personas, orientado a la prevención, la promoción de la salud y el cuidado continuo.
- se realizó cartografía para identificar la densidad poblacional. Este constituye una herramienta clave para la planificación ya que permite visualizar la concentración de personas en el espacio urbano. Esta información facilita identificar las zonas donde la presión sobre los servicios y la infraestructura es mayor, optimizando así la asignación de recursos y la ubicación estratégica de equipamientos y los Equipos Básicos en Salud (EBS). Al cruzar la densidad poblacional con indicadores socioeconómicos, como el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), es posible reconocer barrios que presentan simultáneamente alta concentración de habitantes y condiciones de vulnerabilidad, orientando las intervenciones hacia donde su impacto puede ser más significativo y equitativo.
- En la comuna 3 se priorizó la intervención en los barrios San Cayetano, Nacional y Libertadores. En estos barrios, respetando los limites político administrativos, generalmente definidos por la malla vial principal, se definieron sectores estratégicos y se agruparon y definieron los microterriorios. Siendo estos barrios de baja dispersión en zona urbana, se estructuraron, según las condiciones del territorio microterritorios de 500 hogares. Adicionalmente, la topografía condiciona el acceso, la movilidad y la disposición de servicios, por lo que se definieron micro territorios que facilitaran la planificación y focalización de acciones, atendiendo tanto a las características físicas como a las dinámicas sociales del territorio.

RETOS:

- Darles continuidad a las 211 viviendas identificadas para validar atenciones en las personas que capitán con la red y de las que no notificar a la EAPB correspondiente.
- Realizar estrategia de intervención en los territorios priorizados.

- Revisar, ajustar y realizar contenidos educativos conforme a la caracterización de la población.
- Realizar intervenciones individuales y colectivas en los territorios priorizados.
- Evaluar eficacia de la estrategia.



EVIDENCIA:







VIGILADO Supersalud













OBJETIVO ESTRATÉGICO 5: Promover buenas prácticas en la prestación de servicios de salud, para mitigar el cambio climático.

INDICADOR: Certificación del sistema de gestión ambiental ISO 14001:2015

OBJETIVO ESPECIFICO: Promover la mejora continua de los procesos 14001:2015

ANALISIS: Durante el periodo evaluado se evidenciaron avances significativos en la implementación del Sistema de Gestión Ambiental, en coherencia con los lineamientos de la norma ISO 14001 y con la meta institucional de certificación proyectada para la vigencia 2027. En este marco, se llevó a cabo una auditoría interna que abarcó los ítems establecidos por la norma, permitiendo evaluar el nivel de cumplimiento y fortalecer los procesos de mejora continua.

Adicionalmente, se realizó la actualización del Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA), así como la documentación de sus programas, consolidando las bases técnicas y operativas del sistema. Estas acciones se desarrollaron de manera estructurada y conforme a lo programado para el periodo 2025, garantizando el cumplimiento del programa de gestión ambiental.

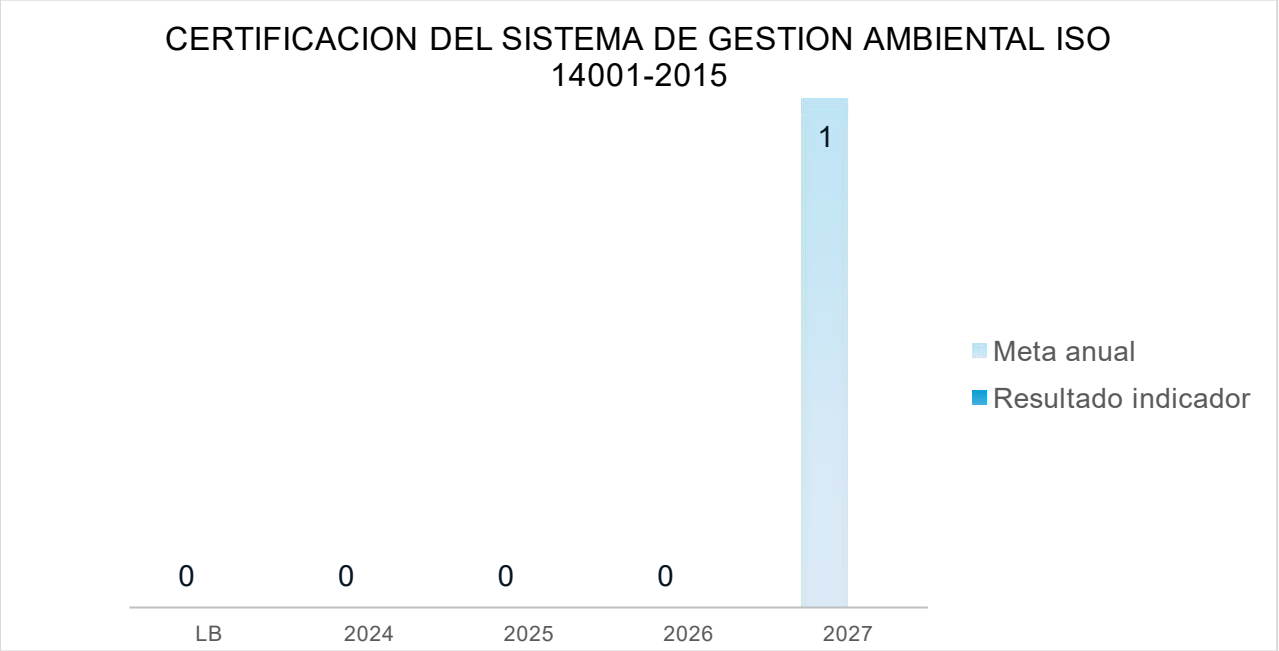
En términos generales, los avances alcanzados reflejan el compromiso institucional con el desarrollo sostenible, la gestión ambiental responsable y la preparación progresiva para la obtención de la certificación ISO 14001 en el año 2027.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Se actualizo la planeación estratégica.
- Se actualizo y socializo la política ambiental.
- Se realizo actualización de los programas ambientales.
- La ESE se encuentra realizando formación de 35 auditores internos en Sistemas Integrados de Gestión, con ICONTEC
- Despliegue de la política de Gestión Ambiental en jornadas de inducción y reinducción.
- Revisión de lista de chequeo para establecer el estado actual comparado con la norma ISO 14001.
- Implementación del cronograma ISO 14001:2015
- Verificación y socialización del cumplimiento de PIGA al 97% con el cumplimiento de las actividades en todos sus componentes
- Implementación inicial de la herramienta del monitoreo de huella y carbono
- Articulación convenio recuperables.
- Articulación proceso jurídico: cláusula de cumplimiento referente a Gestion ambiental

RETOS:

- Determinar, comprender y responder a las necesidades y expectativas ambientales de todas las partes interesadas relevantes (clientes, comunidad, reguladores, etc.).
- Implementar una metodología para identificar sistemáticamente riesgos ambientales (incumplimiento, emergencias) y oportunidades (eficiencia de recursos, nuevos mercados verdes.
- Implementación de auditorías internas con auditores certificados.
- Realizar seguimiento y preparación para certificación ISO 14001



EVIDENCIA:





VIGILADO Supersalud









INDICADOR: Implementación de sistemas de tecnologías limpias y/o renovables.

OBJETIVO ESPECIFICO: Promover el uso de tecnologías limpias y renovables

ANALISIS: Durante el periodo evaluado se desarrollaron acciones estratégicas y operativas orientadas a fortalecer la sostenibilidad ambiental institucional, la eficiencia energética y la transición hacia modelos energéticos más responsables. Estas acciones incluyeron la preparación de IPS priorizadas y la implementación de campañas de comunicación a través de redes sociales y canales internos, con el fin de sensibilizar sobre los beneficios del uso de tecnologías limpias, el ahorro energético y la adecuada gestión de residuos sólidos.

En el segundo y tercer trimestre se avanzó en el proceso de adecuación y mejora de la infraestructura tecnológica existente, destacándose el desmonte de los paneles solares previamente instalados en la IPS Siloé. Esta actividad permitió evaluar su estado, planificar su reubicación o mejora y optimizar su funcionamiento dentro de un nuevo esquema de implementación energética.

De manera complementaria, se adelantó la gestión administrativa necesaria para la instalación de la estructura de los paneles solares, así como la revisión y priorización de las sedes a intervenir y el seguimiento a las diferentes tecnologías limpias implementadas en la ESE Ladera. Estas acciones evidencian avances significativos hacia un modelo institucional más sostenible, en coherencia con las políticas nacionales de mitigación del cambio climático, la reducción de la dependencia de energías convencionales y el uso eficiente y responsable de los recursos.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

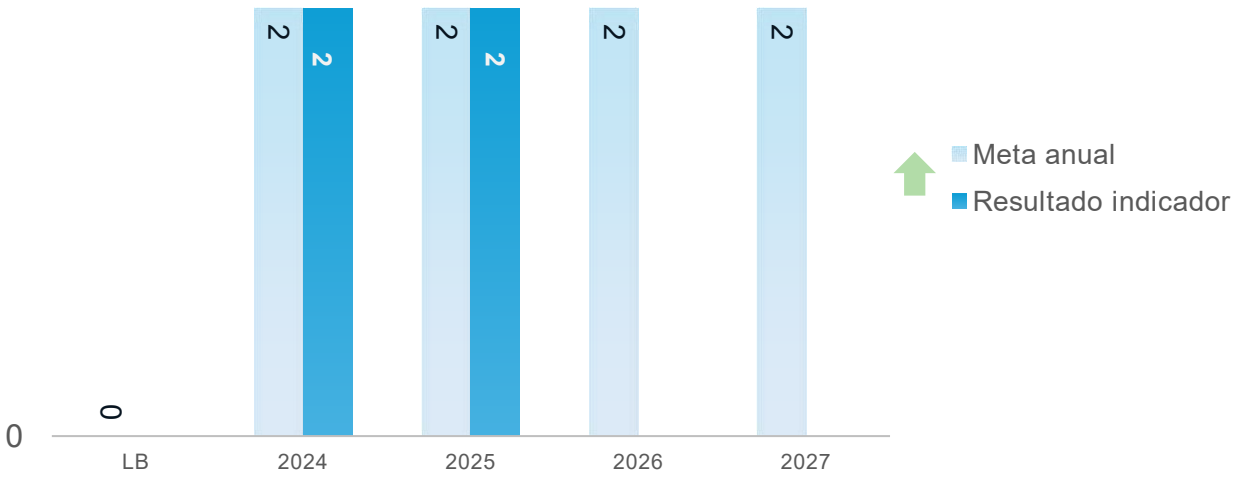
- Preparar un plan de implementación de tecnologías limpias en IPS.
- Realizar preparación de IPS priorizadas.
- Realizar gestión ante entidad proveedora de servicio de energía eléctrica.
- Coordinar el proceso de implementación en las IPS priorizadas
- Se realiza el desmonte de los paneles existentes en la IPS Siloé
- Se realiza documentación para construcción de soporte para los paneles en la IPS Lourdes.
- Preparar un plan de implementación de tecnologías limpias en IPS.
- Realizar preparación de IPS priorizadas.
- Realizar gestión ante entidad proveedora de servicio de energía eléctrica.
- Coordinar el proceso de implementación en las IPS priorizadas
- Se realiza limpieza de área a intervenir en la cubierta de Siloé.
- Se realiza estudios para pérgola de Lourdes, las 2 IPS priorizadas en el periodo 2025
- Entre las energías limpias se ha desarrollado en Colombia la implementación de paneles solares para generación de energía aprovechando así, la ubicación geográfica de diferentes construcciones es así, como la ESE Red de Salud de Ladera dentro del principio de planeación que enmarca el proceso de gestión ambiental tiene dentro de sus programas el uso eficiente de energía y dentro de este, la instalación de paneles en la sede Lourdes la cual cuenta con un área de aproximadamente 400 m2 para el aprovechamiento del sol como fuente de energía.

- Se realizan las acciones establecidas para el periodo 2025 acerca de la implementación de tecnologías limpias.
- Diagnóstico
- Revisión y priorización
- Desinstalación de paneles para optimización
- Estudios y gestión administrativa para construcción de pérgolas y estructuras

RETOS:

- Instalación
- Seguimiento
- Evaluación de impacto

IMPLEMENTACION DE SISTEMAS DE TECNOLOGIAS LIMPIAS Y-O RENOVABLES



EVIDENCIA:







INDICADOR: Implementación del programa de eficiencia energética y mitigación del cambio climático.

OBJETIVO ESPECIFICO: Promover el uso de tecnologías limpias y renovables

ANALISIS: Durante el periodo evaluado se desarrollaron acciones orientadas a fortalecer la política institucional de transición energética, enfocadas en la incorporación progresiva de tecnologías limpias, la mejora de la eficiencia en el consumo eléctrico y la reducción del impacto ambiental de las IPS. En este marco, se realizaron visitas técnicas a las IPS Siloé y Lourdes con el fin de identificar las necesidades de infraestructura y obra civil requeridas para la instalación de paneles solares, determinándose la necesidad de construir estructuras que permitan elevar los sistemas de captación solar a la altura de las cubiertas existentes.

En la sede Siloé se formuló un plan de trabajo para la adecuación y el desmonte del sistema solar actual, con el propósito de repotencializar y aprovechar los paneles existentes. Estas acciones, desarrolladas principalmente durante el segundo trimestre, representaron avances clave en la implementación de un modelo

energético más sostenible, alineado con los principios de economía verde, resiliencia climática y responsabilidad ambiental en el sector salud.

De manera complementaria, se avanzó en la proyección para el año 2025 de la documentación del programa de eficiencia energética y mitigación del cambio climático, junto con la puesta en marcha de sistemas alternos de aprovechamiento de energía solar en las sedes Lourdes y Siloé. Asimismo, se realizó el seguimiento al consumo energético en las 37 IPS, el cambio de luminarias y la ejecución de reparaciones menores orientadas a la optimización del uso de la energía. Como resultado de las acciones de mejoramiento de infraestructura, se obtuvo la certificación RETIE del área de Urgencias de la sede Cañaveralejo, garantizando condiciones técnicas adecuadas y contribuyendo a la prevención de consumos innecesarios de energía.

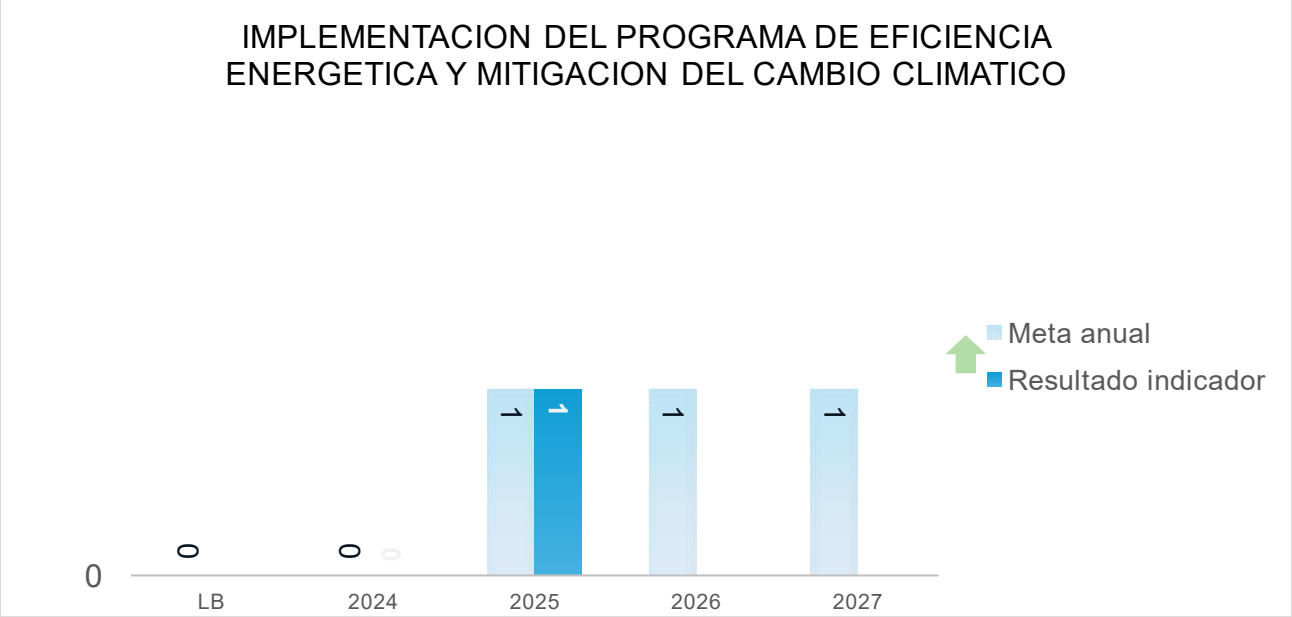
ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Se realizo acercamiento con EMCALI para presentar propuesta de paneles solares Siloé.
- Se realizo evaluación en sitio de paneles solares en Siloé en compañía de EMCALI.
- Se realizo reunión con EMCALI para instalación de paneles en Siloé y Lourdes.
- Se realiza eliminación de fuga en las sedes de requerimientos.
- Se realiza búsqueda, intervención y eliminación de fuga de la Sede Siloé y la sede Sultana.
- Se realiza mantenimiento periódico de aires acondicionados con el objetivo de minimizar el consumo de energía por condensaciones, o mal funcionamiento de equipos.
- Se realiza visita a las IPS SILOE y LOURDES con el fin de establecer la necesidad de estructuras y obra civil para la instalación de paneles solares.
- Se estableció la necesidad de realizar una estructura que permita elevar el sistema de captación de luz solar a la altura de la cubierta existente.
- En la sede Siloé se realizó el plan de trabajo para la adecuación y desmonte del sistema actual con el fin de Re potencializar y aprovechar los paneles existentes.

RETOS:

VIGILADO Supersalud

- Documentación del programa
- Construcción de estructura
- Desmonte y adecuación sede Siloé



EVIDENCIA:







OBJETIVO ESTRATÉGICO 6: Posicionar al talento humano como eje estratégico de la gestión.

INDICADOR: Ejecución del plan de capacitación institucional

ANALISIS: Durante el periodo evaluado, el Plan Institucional de Capacitación demostró ser una herramienta efectiva para promover el aprendizaje continuo y el cumplimiento de las normativas internas y externas. Las capacitaciones desarrolladas en las distintas áreas contribuyeron al fortalecimiento de las competencias del talento humano, impactando positivamente la calidad de los servicios, la seguridad del paciente y del personal, así como la optimización en la gestión de los recursos.

La evaluación del comportamiento y desempeño de los participantes evidenció un impacto favorable de los procesos formativos, reflejado en una mayor apropiación de los estándares institucionales y en el fortalecimiento de una cultura organizacional más consciente, comprometida y orientada a la mejora continua. Durante el tercer trimestre se realizó el seguimiento al cronograma de capacitaciones, logrando un

cumplimiento satisfactorio de la mayoría de las actividades programadas, pese a algunas actividades pendientes.

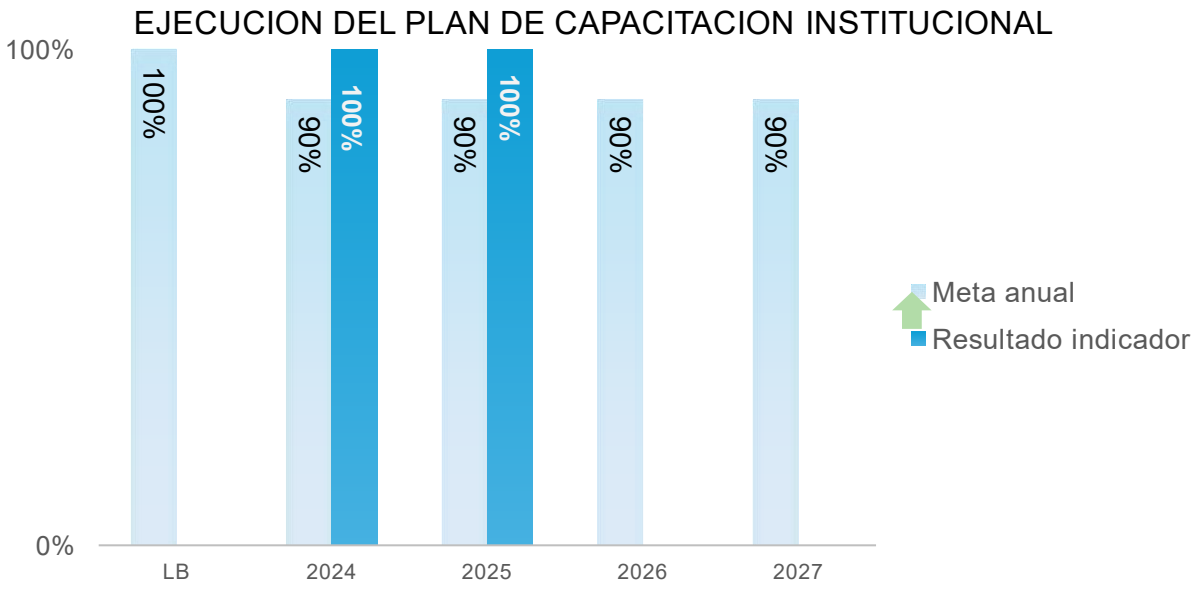
En términos generales, las acciones de capacitación aportaron al mejoramiento de la atención al usuario y a la consolidación de un ambiente laboral más profesional y eficiente, permitiendo proyectar un fortalecimiento institucional sostenido en el mediano y largo plazo.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Ejecución del Plan de Capacitación Institucional.
- Asignación de recursos para formación del talento humano.
- Reglamentación de procedimiento para asignación de becas educativas.
- Realización de jornadas de actualización clínica (presenciales y virtuales) sobre protocolos de atención, manejo de emergencias y rutas prioritarias.
- Capacitación en bioseguridad y control de infecciones, incluyendo uso de EPP, esterilización y manejo de residuos.
- Entrenamientos en atención humanizada, enfocados en comunicación asertiva y trato a población vulnerable.
- Formación sobre normatividad vigente, con socialización de guías clínicas, protocolos institucionales y requisitos regulatorios.
- Jornadas de inducción mensual a funcionarios que ingresan nuevos
- Ejecución de varias sesiones formativas dentro de las fechas establecidas, garantizando la participación de los colaboradores convocados, con un porcentaje de asistencia superior al 90 %.
- se desarrollaron capacitaciones orientadas al fortalecimiento de competencias técnicas y comportamentales del talento humano, abordando temáticas como comunicación no violenta, negociación constructiva, liderazgo, transformación cultural, mentoría constructiva, control de emociones, buen uso de los sistemas de información, manejo de políticas de datos y confidencialidad, así como Atención y Seguridad del Paciente, valores, humanización y el Modelo de Atención Centrada en la Persona. Estas acciones evidencian el cumplimiento del plan establecido y contribuyen al mejoramiento continuo de la calidad del servicio y del desempeño institucional.

RETOS:

- Continuar con el Monitoreo y seguimiento, para para asegurar la asistencia y evaluar el impacto de las capacitaciones.
- Combinar modalidades presenciales, virtuales y autoformación para facilitar el acceso y la participación.
- Continuar con los pre y post test de las encuestas y la retroalimentación para mejorar contenidos y metodologías según las opiniones del personal.
- Mantener actualizados los contenidos en función de cambios normativos y avances científicos.



VIGILADO Supersalud

EVIDENCIA:





VIGILADO Supersalud

















INDICADOR: Cumplimiento de los estándares normativos del sistema de seguridad y salud en el trabajo.

ANALISIS: Durante el segundo y tercer trimestre del periodo evaluado, la ESE implementó acciones integrales orientadas al cumplimiento de los estándares normativos del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), en concordancia con la normatividad vigente y los lineamientos del Ministerio de Trabajo. Estas acciones tuvieron como propósito principal garantizar condiciones laborales seguras y saludables para el desarrollo de las actividades del talento humano.

Se fortaleció el componente de gestión interna mediante la elaboración y el seguimiento sistemático de las actas del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST), lo que permitió asegurar la trazabilidad de las decisiones, el cumplimiento de los compromisos adquiridos y el monitoreo permanente de las condiciones de trabajo en la institución.

En el marco del SG-SST, se avanzó en el cumplimiento de los 60 Estándares Mínimos establecidos en el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019, realizando la descripción y seguimiento de los ítems aplicables. En conjunto, estas acciones evidencian el compromiso institucional con la prevención de riesgos laborales, la mejora continua del sistema y la protección integral de la seguridad y salud de los trabajadores.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Se realizaron rondas de Inspecciones generales en las diferentes IPS.
- Se implementaron pausas activas para mejorar la salud física y mental de los colaboradores.
- Cumplimiento del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Simulacros de evacuación
- cumplimiento del comité de convivencia
- Intervenciones de batería riesgo psicosocial
- Capacitación de extintores
- Elaboración y seguimiento de actas del COPASST.
- Entrega y control de Elementos de Protección Personal (EPP).
- Implementación de pausas activas para el bienestar laboral.
- Realización de estudios de carga laboral.
- Ejecución de simulacros de emergencia.
- Desarrollo de capacitaciones para el personal.
- Registro y seguimiento de actas del Comité de Convivencia Laboral.

- Actas del Copasst- en cumplimiento del cronograma establecido para el presente año, se llevó a cabo reuniones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) de julio a septiembre de 2025, con el objetivo de dar seguimiento a las actividades programadas en el plan anual de trabajo.
- Entrega de Epp- Se realiza la entrega de los siguientes elementos de protección personal, indispensables para garantizar la seguridad y bienestar de los trabajadores durante sus labores
- Se llevan a cabo pausas activas con el objetivo de implementar estrategias de apoyo que contribuyan a reducir el estrés, así como el agotamiento físico, mental y emocional, en los funcionarios y colaboradores de las diferentes IPS.
- Informe de Estudio de Carga-Con el informe se da continuidad al avance del trabajo de investigación y análisis llevado a cabo durante el periodo comprendido entre el 08 de julio y el 11 de agosto, en este documento, se presentaron los resultados del trabajo realizado en La Red de Salud Ladera E.S.E de acuerdo con el objeto contractual.
- Simulacros, informes correspondientes a los simulacros de evacuación y sismos realizados entre los meses de febrero y agosto del año 2025, con el fin de dar cumplimiento al cronograma de simulacros GTH-SST-FOR 084.
- Capacitaciones y socializaciones. se realiza socializaciones en temas como: que es el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, políticas institucionales de SST(SPA, DESCONEXION LABORAL Y DE SST), responsabilidades con el sistema de gestión SST, que es el comité de convivencia y el Copasst, conoce tu ARL y que hacer en caso de un accidente de trabajo, plan hospitalario de emergencia, Ergonomía, pausas activas y elementos de protección personal y estilos de vida saludable.
- Actas del Comité de Convivencia Laboral: Durante el periodo comprendido entre julio y septiembre de 2025, se dio cumplimiento al cronograma establecido, realizándose además reuniones extraordinarias debido a la atención de un caso específico presentado fuera del calendario previsto.
- Brigada de emergencia, Se llevó a cabo jornadas de capacitación dirigida a los integrantes de la brigada de emergencia, con el objetivo de fortalecer sus conocimientos, habilidades y competencias para actuar de manera oportuna y eficiente ante cualquier situación de riesgo o emergencia que pueda presentarse dentro de la institución.

- Inspecciones de Seguridad, se realiza en las diferentes ips inspecciones de Botiquín y tabla rígida, extintores, de seguridad de oficinas y consultorios y de elementos de protección personal EPP.
- Revisión del protocolo HSP-URG-POE-026 – Disposición de Cadáveres y del protocolo “El Buen Morir” para integración e inclusión de los lineamientos de disposición final de cadáveres. Este protocolo se encuentra a cargo de Experiencia al usuario, por disposición de la empresa consultora de acreditación Dinámica.
- Desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo da a conocer el gran impacto que se lleva de la accidentalidad reportada hasta 10 de diciembre 2025.
    - Planta: 6 accidentes reportados;
    - OPS: 11 accidentes reportados;
    - AGESOC: 36 accidentes reportados.
- Así mismo se le informa al equipo del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo que se realizó Vía Virtual el día 10 de diciembre la auditoria de Análisis del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y Servicios de Medicina Laboral, Redes Públicas de Baja Complejidad – Distrito de Santiago de Cali: Esta actividad fue dirigida con la Dra. Gloria Andrade y Dr. John Villegas de la secretaria de Salud de Santander de Quilichao. Y el equipo en plena de SST. Ana Brillid Revelo Chamorro, Mauren Belkin Riascos Orejuela, Johana Villada Mazuera, Victoria Eugenia Ortiz Valencia, y Dr. Julián Andrés Escobar Delgado.
- Se identifica nuevamente el hallazgo en la IPS de Siloé relacionado con el sobre el manejo de cadáveres y el uso inadecuado de las neveras o cavas dispuestas para este fin. Al momento del retiro de los cadáveres de la IPS, no se realiza la limpieza ni desinfección de la camilla de cadáver, en la cual se encontró en áreas externas con fluidos y materiales contaminados elementos como batas, lo que genera exposición del personal, constituyéndose en un riesgo laboral y biológico.
- También se les manifiesta al Equipo COPASST que se continua con el reclutamiento de participación de los Brigadistas para cubrir en las 37 Centros y puestos de Salud adscritas a la Red de Salud de Ladera E.S.E.

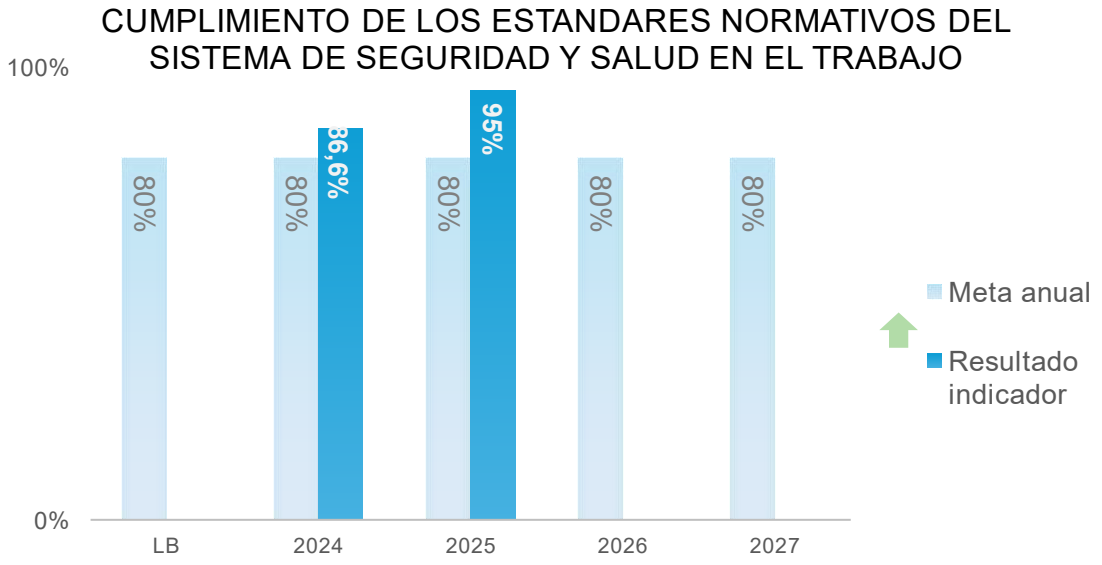
- Se identifica nuevamente el hallazgo en la IPS de Siloé relacionado con el sobre el manejo de cadáveres y el uso inadecuado de las neveras o cavas dispuestas para este fin. Al momento del retiro de los cadáveres de la IPS, no se realiza la limpieza ni desinfección de la camilla de cadáver, en la cual se

encontró en áreas externas con fluidos y materiales contaminados elementos como batas, lo que genera exposición del personal, constituyéndose en un riesgo laboral y biológico.

- Se le solicita apoyo al Comité Copasst en el diligenciamiento de la encuesta de identificación de Peligros y Riesgo a todo el personal nombrado de Planta.
- Dando cumplimiento al Plan Anual de Trabajo se les informa que continuamos con la entrega de los Roles y Responsabilidades a cada uno de los funcionarios de Planta.
- Así mismo se le manifiesta que nos encontramos con la Auto Evaluación de la Calificación de los Estándares mínimos SG-SST, con el acompañamiento de la Asesora Externa Solangy Duran Cruz

RETOS:

- Para el año 2026 se reforzará en el cumplimiento de la totalidad de la calificación de los estándares mínimos relacionados con los siguientes Items faltantes:
- Identificación de sustancias catalogadas como carcinógenas o con toxicidad aguda,
- Reporte de los Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral a la ARL, EPS y Dirección Territorial del Ministerio de Trabajo,



EVIDENCIA:





VIGILADO Supersalud

Red de Salud de Ladera · E.S.E.










VIGILADO Supersalud

Sede Administrativa
Calle 5C # 39 – 51 Barrio Tequendama / PBX 608 0124
Nit. 805.027.289-9

www.saludladera.gov.co

icontec ISO 9001 co-sc 7215-1

IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

INDICADOR: Ejecución del plan de bienestar

OBJETIVO ESPECIFICO: Promover el bienestar integral de los colaboradores

ANALISIS: Durante el periodo evaluado, la institución registró avances significativos en la ejecución del Plan de Bienestar Laboral, mediante el desarrollo de actividades integrales y con enfoque diferencial orientadas a fortalecer el clima organizacional, el sentido de pertenencia y el reconocimiento del talento humano. Estas acciones se realizaron en cumplimiento de los indicadores institucionales y en concordancia con las políticas de bienestar laboral y los lineamientos establecidos en la Guía de Estímulos para los Servidores Públicos del DAFP (2018).

Las actividades implementadas durante el segundo y tercer trimestre, lideradas por el área de Bienestar Social del Departamento de Gestión del Talento Humano de la Red de Salud de Ladera E.S.E., se ejecutaron de manera articulada con el Programa de Bienestar Social Institucional, promoviendo el desarrollo humano, la integración del equipo de trabajo y la mejora del ambiente laboral.

En términos generales, las acciones desarrolladas evidencian un adecuado nivel de cumplimiento del Plan de Bienestar, con impactos positivos en el bienestar integral de los funcionarios, la motivación laboral y el fortalecimiento del clima organizacional, contribuyendo al desempeño institucional y a la sostenibilidad del talento humano en el mediano y largo plazo.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Celebración cumpleaños bimensual
- Conmemoración día de la mujer
- Actividades recreativas caja de compensación familiar
- Actividades para el manejo del estrés
- Día del Servidor Público: Se organizó una yincana educativa basada en los ejes de acreditación institucional, promoviendo el trabajo en equipo y el aprendizaje lúdico.

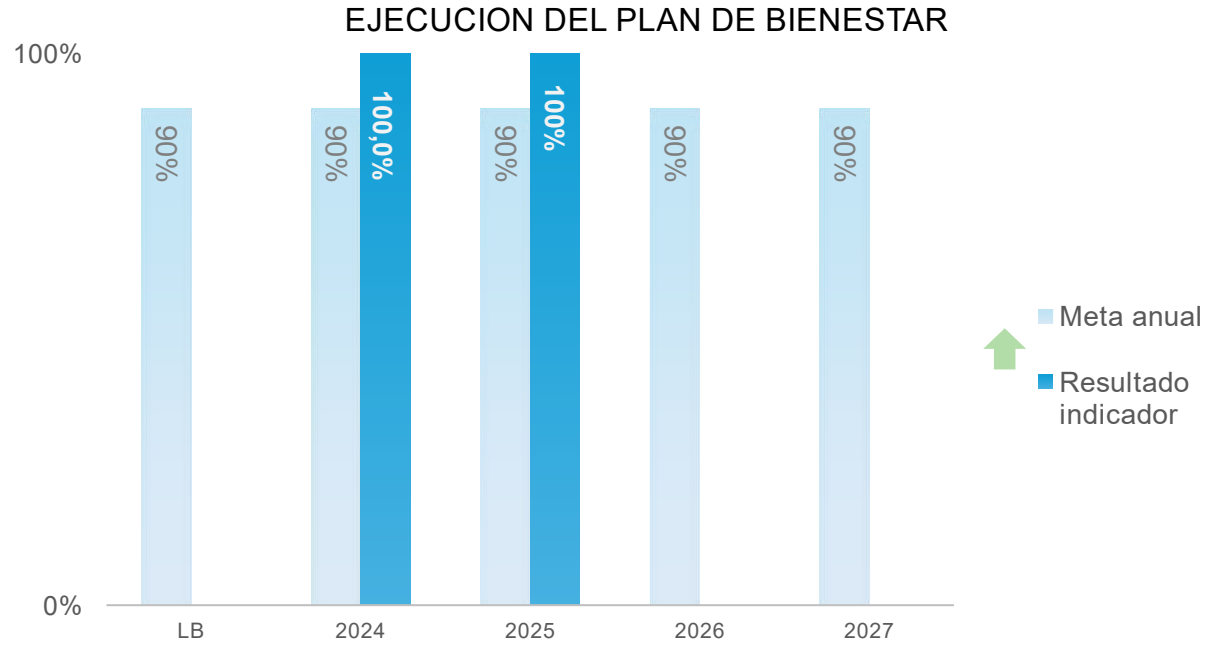
- Día de la Madre: Se difundieron imágenes intervenidas digitalmente con estilo vintage, generando una conexión emocional y visibilizando el valor de las madres.
- Día del Padre: Se elaboró un video conmemorativo con fotos enviadas por los funcionarios, usando narrativa audiovisual emotiva y estilo retro.
- Día de la Afrocolombianidad: Se desarrollaron actividades culturales y educativas para visibilizar la diversidad y promover la inclusión, en coherencia con el enfoque diferencial institucional
- Se llevaron a cabo jornadas de reconocimiento a los funcionarios con motivo de las siguientes conmemoraciones: Día del Ingeniero, Día del Nutricionista, día del Fonoaudiólogo, día del Odontólogo. Estas actividades tuvieron como propósito destacar la labor profesional, la vocación de servicio y el compromiso institucional de los servidores públicos que contribuyen al fortalecimiento de la salud integral de los usuarios y al cumplimiento de los objetivos misionales de la Red.
- Se realizaron reconocimientos especiales a funcionarios destacados por su compromiso, sentido de pertenencia y calidad humana, resaltando su aporte al desarrollo de la organización; mediante difusión y Comunicación Institucional con el fin de visibilizar el compromiso de la Entidad con su personal, los reconocimientos y actividades de bienestar fueron divulgados a través de los medios oficiales de comunicación y redes sociales de la Red de Salud de Ladera, promoviendo la participación, la integración y el orgullo institucional.
- Se realizaron actividades de Promoción del Bienestar Físico en el marco del programa de bienestar laboral y salud ocupacional, se desarrollaron pausas activas en distintas áreas asistenciales y administrativas de la Red, con el objetivo de promover la salud física, prevenir el sedentarismo y contribuir al bienestar físico y mental de los funcionarios, Estas actividades se realizaron de manera articulada con el área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), dando cumplimiento a las políticas de autocuidado y prevención de riesgos laborales establecidas por la Entidad.
- Las acciones ejecutadas durante el periodo reportado se encuentran alineadas con las Políticas de Bienestar Laboral de la Red de Salud de Ladera E.S.E, las cuales establecen como ejes fundamentales: El reconocimiento y estímulo al desempeño laboral, La promoción del bienestar físico, emocional y social de los funcionarios, el fomento de la

integración institucional y del sentido de pertenencia, la prevención de riesgos y promoción de ambientes de trabajo saludables.

- Durante el período evaluado, la Red de Salud de Ladera E.S.E. ejecutó de manera efectiva las actividades contempladas en el Plan de Bienestar Social, evidenciando cumplimiento de la programación establecida y alineación con la Guía de Estímulos para los Servidores Públicos, el MIPG y la Política de Humanización Institucional.
- Las acciones desarrolladas incluyeron actividades de integración, reconocimiento y bienestar, tales como celebraciones institucionales, conmemoración de fechas especiales, jornadas de capacitación, espacios de integración y actividades de responsabilidad social, las cuales fortalecieron el clima organizacional, la motivación y el sentido de pertenencia del talento humano.
- Adicionalmente, se realizó la conmemoración de los cumpleaños del personal nombrado mediante la entrega de un detalle institucional, como estrategia de reconocimiento individual, contribuyendo al bienestar emocional y al fortalecimiento de la cultura organizacional.
- Registro fotográfico y audiovisual de las actividades realizadas (cumpleaños, pausas activas, día de la mujer, actividades recreativas y manejo del estrés).
- Listados de asistencia y formatos de participación firmados por los funcionarios.
- Comunicados oficiales, piezas gráficas y publicaciones emitidas por los canales institucionales (correo corporativo, carteleras, redes sociales internas, entre otros).
- Informe de actividades compartidas por la Caja de Compensación Familiar.
- Acta de alianza y coordinación con el área de comunicaciones para el fortalecimiento de la conmemoración de profesiones.
- Planificación de actividades y cronogramas internos del área de bienestar.

RETOS:

- Aplicar encuestas para conocer necesidades del personal
- Diversificar las actividades según perfiles y preferencias
- Evaluar la participación y satisfacción en cada actividad
- Implementar incentivos para fomentar la participación


EJECUCION DEL PLAN DE BIENESTAR
100%
0%
90%
90%
100,0%
90%
100%
90%
90%
LB
2024
2025
2026
2027
Meta anual
Resultado indicador

EVIDENCIA:



Red de Salud de Ladera · E.S.E.















VIGILADO Supersalud

Sede Administrativa
Calle 5C # 39 – 51 Barrio Tequendama / PBX 608 0124
Nit. 805.027.289-9

www.saludladera.gov.co

icontec ISO 9001 co-sc 7215-1

IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM





INDICADOR: Proporción de acciones de mejoramiento de las dimensiones del clima organizacional--

ANALISIS: Durante la vigencia evaluada, la Red de Salud de Ladera E.S.E. evidenció un cumplimiento satisfactorio del Plan de Bienestar Laboral, alcanzando un 100% de ejecución de las macro actividades programadas en cada uno de los cuatro trimestres del año. Este resultado refleja una adecuada planeación, seguimiento y gestión de las acciones orientadas al bienestar del talento humano.

En concordancia con las políticas institucionales de bienestar laboral y los lineamientos establecidos en la Guía de Estímulos para los Servidores Públicos del DAFP (2018), el área de Bienestar Social del Departamento de Gestión del Talento Humano desarrolló actividades enfocadas en el fortalecimiento del bienestar integral, la motivación, el reconocimiento y la integración de los funcionarios.

Las acciones ejecutadas se articularon con el Programa de Bienestar Social Institucional, contribuyendo de manera positiva al desarrollo humano, al mejoramiento del clima organizacional y al fortalecimiento del sentido de pertenencia. En términos generales, los resultados obtenidos evidencian una gestión eficiente del Plan de Bienestar y un impacto favorable en el ambiente laboral y el desempeño institucional.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Definición plan de trabajo y plan de capacitación para la mitigación del riesgo en salud física y mental.
- Desarrollo e implementación del proceso de evaluación de desempeño
- Fortalecimiento del proceso de OnBoarding (Inducción) y programa de capacitación (Curva de aprendizaje, proceso adaptativo, disminución de la rotación)
- Fortalecimiento de los canales de comunicación interna
- Actividades de Bienestar para promoción de la salud y calidad de vida (Feria de vivienda - Semana de la Salud)
- Practica de Yoga. Pilates. Danza terapia, orientado al bienestar integral desde un lugar de disfrute y autocuidado
- Pausas activas cognitivas

- Sensibilización en Desconexión laboral
- Sensibilización sobre riesgos en salud física, emocional y cognitiva.
- Sensibilización sobre prevención de acoso laboral y VBG (Violencia basada en genero)
- Hábitos saludables prevención consumo de SPA y otras adicciones
- Escuela para lideres (Estilos de liderazgo, como hacer un feedback constructivo, cómo delegar, cómo motivar) empoderamiento y autogestión.
- Manejo efectivo del tiempo
- Manejo del estrés, reducción del síndrome de Burnout control de emociones e inteligencia emocional, trabajo en equipo, y comunicación asertiva.
- Desarrollo e implementación del proceso de evaluación de desempeño.
- Fortalecimiento del proceso de OnBoarding (Inducción) y programa de capacitación (Curva de aprendizaje, proceso adaptativo, disminución de la rotación).
- Practica de Yoga. Pilates. Danza terapia, orientado al bienestar integral desde un lugar de disfrute y autocuidado.
- Se llevaron a cabo jornadas de reconocimiento a los funcionarios con motivo de las siguientes conmemoraciones: Día del Ingeniero, Día del Nutricionista, día del Fonoaudiólogo, día del Odontólogo. Estas actividades tuvieron como propósito destacar la labor profesional, la vocación de servicio y el compromiso institucional de los servidores públicos que contribuyen al fortalecimiento de la salud integral de los usuarios y al cumplimiento de los objetivos misionales de la Red.
- Se realizaron reconocimientos especiales a funcionarios destacados por su compromiso, sentido de pertenencia y calidad humana, resaltando su aporte al desarrollo de la organización; mediante difusión y Comunicación Institucional con el fin de visibilizar el compromiso de la Entidad con su personal, los reconocimientos y actividades de bienestar fueron divulgados a través de los medios oficiales de comunicación y redes sociales de la Red de Salud de Ladera, promoviendo la participación, la integración y el orgullo institucional.
- Se realizaron actividades de Promoción del Bienestar Físico en el marco del programa de bienestar laboral y salud ocupacional, se desarrollaron pausas activas en distintas áreas asistenciales y administrativas de la Red, con el objetivo de promover la salud física, prevenir el sedentarismo y contribuir al bienestar físico y mental de los funcionarios, Estas actividades se realizaron

VIGILADO Supersalud

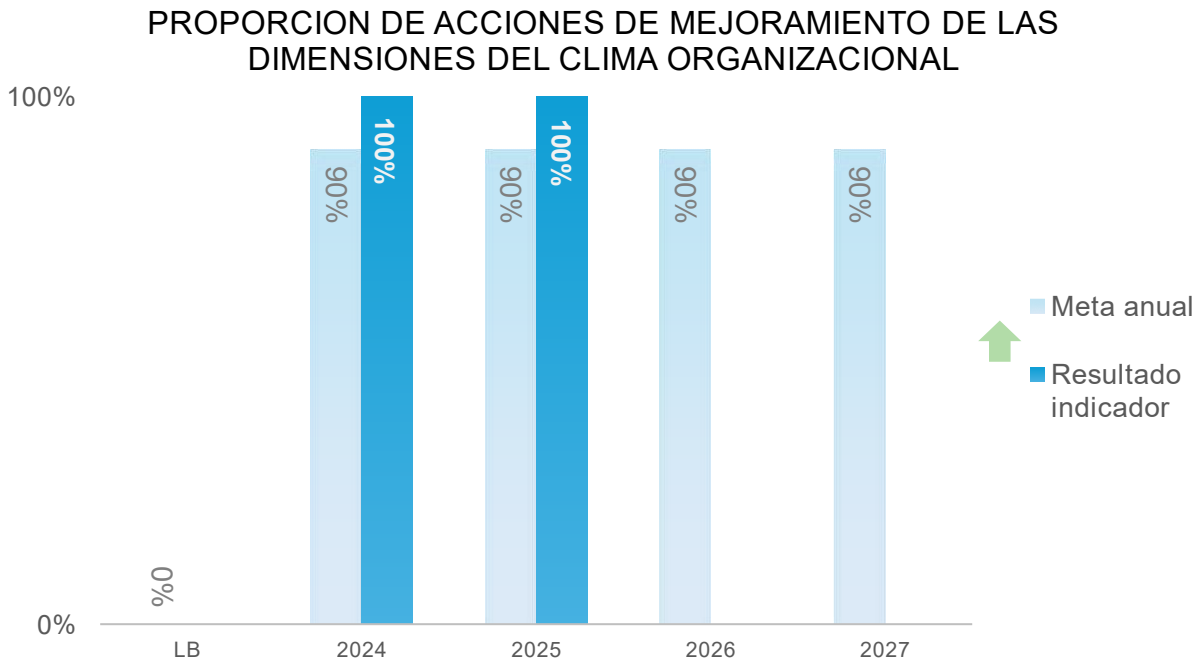
de manera articulada con el área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), dando cumplimiento a las políticas de autocuidado y prevención de riesgos laborales establecidas por la Entidad.

- Las acciones ejecutadas durante el periodo reportado se encuentran alineadas con las Políticas de Bienestar Laboral de la Red de Salud de Ladera E.S.E, las cuales establecen como ejes fundamentales: El reconocimiento y estímulo al desempeño laboral, La promoción del bienestar físico, emocional y social de los funcionarios, el fomento de la integración institucional y del sentido de pertenencia, la prevención de riesgos y promoción de ambientes de trabajo saludables.
- Fortalecimiento del proceso de OnBoarding (Inducción) y programa de capacitación (Curva de aprendizaje, proceso adaptativo, disminución de la rotación).
- Practica de Yoga. Pilates. Danza terapia, orientado al bienestar integral desde un lugar de disfrute y autocuidado.
- Sensibilización sobre prevención de acoso laboral y VBG (Violencia basada en genero).
- Hábitos saludables prevención consumo de SPA y otras adicciones
- Escuela para lideres (Estilos de liderazgo, como hacer un feedback constructivo, cómo delegar, cómo motivar) empoderamiento y autogestión.

RETOS:

- ✓ Continuar con las pausas activas, intervenciones breves de trabajo en equipo, intervenciones breves estrés y liderazgo, intervenciones breves de acoso laboral.

VIGILADO Supersalud



EVIDENCIA:



VIGILADO Supersalud

icontec ISO 9001 co-sc 7215-1
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM











VIGILADO Supersalud



2. INFORMACIÓN SOBRE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

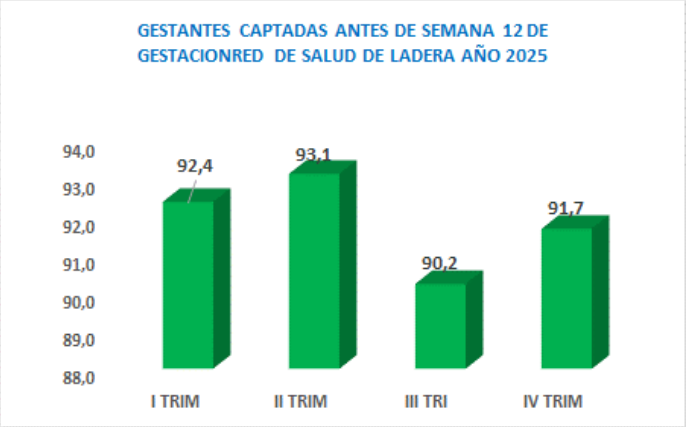
En el año 2025, la ESE avanzó en el mejoramiento de sus indicadores de calidad en la atención, por lo que se realiza el análisis integral de los mismos, en cumplimiento a la normatividad nacional. Este análisis busca evaluar el desempeño alcanzado en las dimensiones de efectividad, seguridad del paciente y experiencia en la atención, identificar fortalezas, brechas y oportunidades de mejora, y sustentar las acciones implementadas y por implementar en el marco del Sistema de Gestión de Calidad.

La evaluación sistemática y periódica de los indicadores de calidad constituye una herramienta esencial para el mejoramiento continuo de los procesos asistenciales y administrativos en la Red de Salud Ladera E.S.E. Este análisis permite:

El siguiente análisis corresponde a los indicadores de calidad que se reportan en el aplicativo SIHO para cumplimiento al Decreto 2193 por parte de la Red de Salud de Ladera los cuales están sustentados y analizados por cada responsable de proceso en nuestro Sistema Integrado de Gestión en Salud “SIGES”.

2.1 INDICADORES DE CALIDAD Y OPORTUNIDAD

Proporción de gestantes de consulta de control prenatal de primera vez antes de 12 semanas de gestación.



Acciones realizadas

- Se cuenta con 309 ingresos + 127 justificaciones dentro de las cuales esta migrantes, vienen de otro municipio, viene de otras ips, tramites de portabilidad436/472:92 %

- Se cuenta con 392 ingresos de los cuales 118 son justificaciones dentro de las cuales esta migrantes, vienen de otro municipio, viene de otras ips, tramites de portabilidad 365/392 :93.1%.

- En el III Trimestre se logra un cumplimiento del 90.2%. Para este trimestre se captaron 91 migrantes de 406 captadas provenientes de otros municipios o IPS.

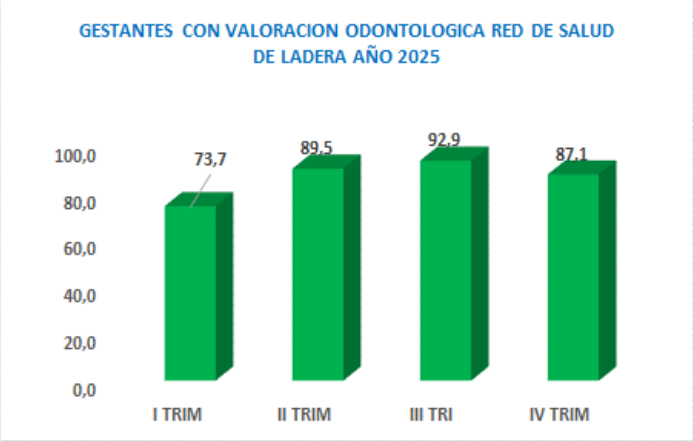
- En el IV Trimestre se logra un cumplimiento del 91.7%. Para este trimestre se captaron 80 migrantes de 372 captadas provenientes de otros municipios o IPS.

- Durante el año 2025 se logra cumplimiento del indicador 91.8%.por encima de meta planteada de 85%

- Se continua con estrategia de seguimiento a el total de las pruebas de embarazo realizadas en la ESE Ladera con lo cual se identifican pruebas positivas para captar a ingreso a el programa de control prenatal, pruebas con resultado negativo para captar a programa de planificación familiar o consulta preconcepcional.

- Se reportan a EAPB casos de usuarias sin control prenatal no asignadas a la ESE para tramites de portabilidad

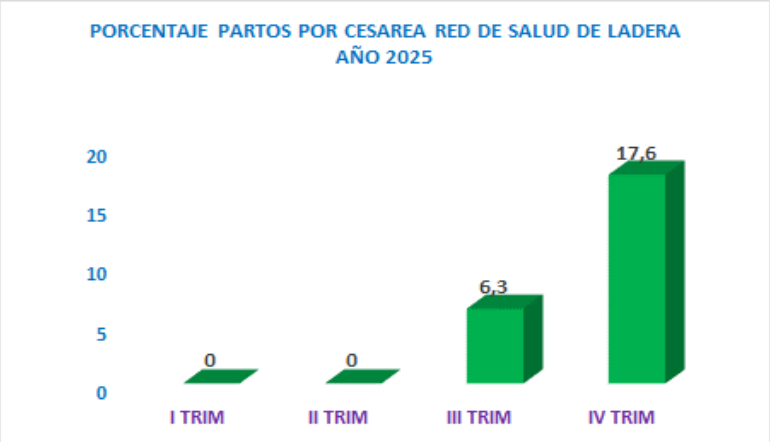
Proporción de gestantes con valoración de odontología.



Acciones realizadas

- Se asumen la consulta a embarazadas en el servicio de odontología y las captadas por cada mes en nuestro programa de atención a embarazadas.
- La meta definida para este indicador es el 80% y el logro alcanzado en el año 2025 fue de 85.3%.
- Al momento de la captación de la embarazada de hace el agendamiento de la cita odontológica
- Se hace análisis del indicador y sus brechas por cada IPS por parte de las responsables de ambos procesos.

(P.1.3) Proporción de partos por cesárea.



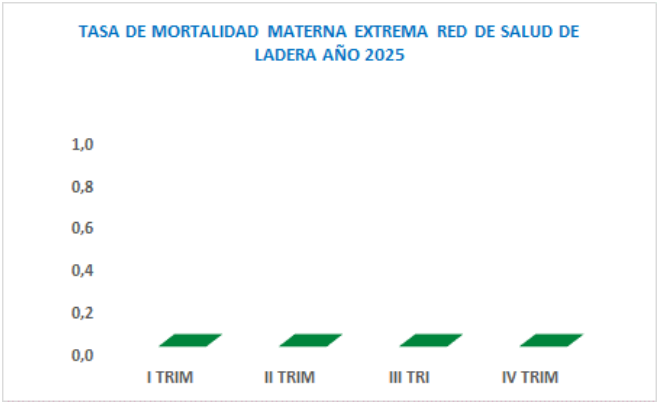
Acciones realizadas

- La atención de partos por cesárea se implementó a partir del III Trimestre. De los 143 partos atendidos en nuestra sala 9 fueron intervenidos por cesárea.
- En el IV trim de los 102 partos atendidos el 17.6 % fueron atendidos por cesárea ; 18 partos

(P.1.4) Tasa de mortalidad perinatal.

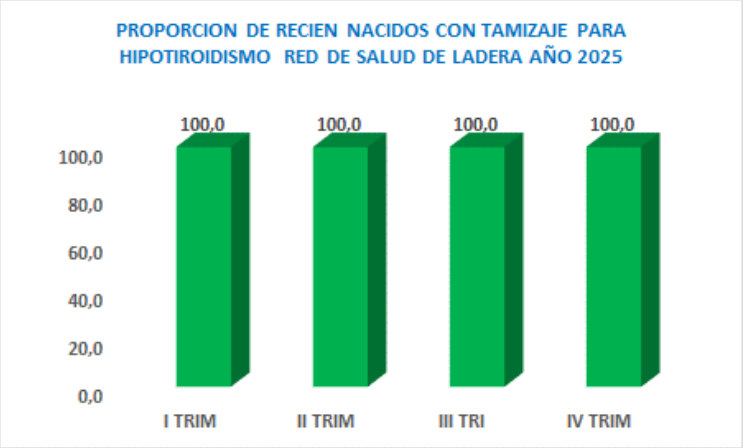
No hay reporte de casos de mortalidad perinatal hasta el momento para el año 2025 en la sala de la red.

(P.1.5) Relación morbilidad materna extrema/muerte materna temprana.



En el año 2025 se tiene un reporte de 4316 casos de morbilidad materna extrema en nuestro sistema de facturación y de acuerdo a los códigos CIE10 definidos para el caso. No tenemos reporte de casos de mortalidad materna extrema en nuestra sala ni de parte de la Secretaria Distrital de Salud.

(P.1.6) Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo.



Como parte de las atenciones incluidas en la atención del parto esta incluido este tamizaje se tiene garantizado este mismo a todos los nacimientos atendidos en nuestra sala que para este año fueron 364 nv. La meta es el 100% y se cumplió con la misma.

(P.1.7) Proporción de reingreso hospitalario por IRA en menores de cinco años.

- Se asume el código CIE10 J069. Se presentaron dos hospitalizados por IRA, pero no correspondientes con la edad que exige el indicador. No se presentaron entonces reingresos.
- Se asume el código CIE10 J069. No se presentaron casos de hospitalizados por IRA en el segundo trimestre.
- En el III Trimestre no se reporta hospitalizados por IRA en menor de cinco años en nuestra sala
- En el año 2025

- Para el año 2025 se presento un (1) casos de hospitalización por IRA en un menor de cuatro(4) años pero no genero reingreso.

(P.1.8) Letalidad por IRA en menores de cinco años.

- Se presentaron 119 casos de morbilidad por IRA en nuestros usuarios atendidos y no se tiene reporte de mortalidad de los mismos de parte de nuestra oficina de epidemiologia y la Secretaria Distrital de Salud.
- Se presentaron 148 casos de morbilidad por IRA en nuestros usuarios atendidos y no se tiene reporte de mortalidad de los mismos de parte de nuestra oficina de epidemiologia y la Secretaria Distrital de Salud para el segundo trimestre.
- Se presentaron 133 casos de morbilidad por IRA en nuestros usuarios atendidos y no se tiene reporte de mortalidad de los mismos de parte de nuestra oficina de epidemiologia y la secretaria Distrital de Salud para el tercer trimestre.
- Se presentaron 118 casos de morbilidad por IRA en nuestros usuarios menores de cinco años atendidos y no se tiene reporte de mortalidad de los mismos de parte de nuestra oficina de epidemiologia y la secretaria Distrital de Salud para el cuarto trimestre.

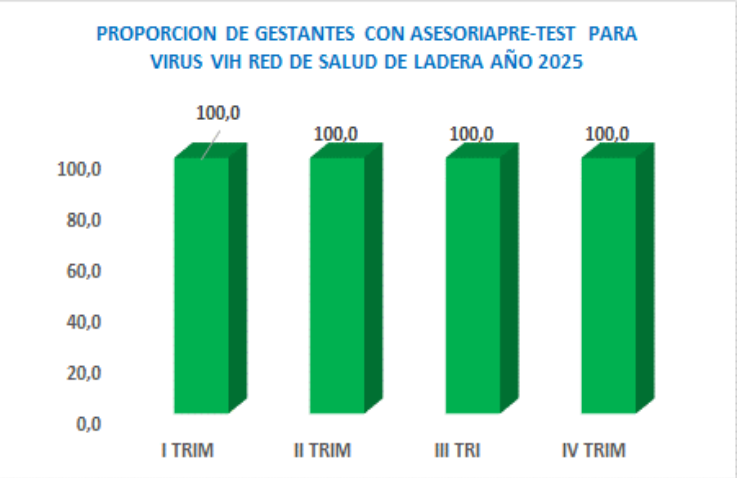
(P.1.9) Letalidad por EDA en menores de cinco años.

- Se asume el código CIE10 A09. Se presentaron 68 casos de morbilidad por EDA en nuestros usuarios menores de cinco (5) años atendidos y no se tiene reporte de mortalidad de los mismos de parte de nuestra oficina de epidemiologia y la Secretaria Distrital de Salud.
- Se asume el código CIE10 A09. Se presentaron 98 casos de morbilidad por EDA en nuestros usuarios menores de cinco (5) años atendidos para el segundo trimestre y no se tiene reporte de mortalidad de los mismos de parte de nuestra oficina de epidemiologia y la Secretaria Distrital de Salud.
- Se asume el código CIE10 A09. Se presentaron 81 casos de morbilidad por EDA en nuestros usuarios menores de cinco (5) años atendidos para el tercer

trimestre y no se tiene reporte de mortalidad de los mismos de parte de nuestra oficina de epidemiologia y la Secretaria Distrital de Salud.

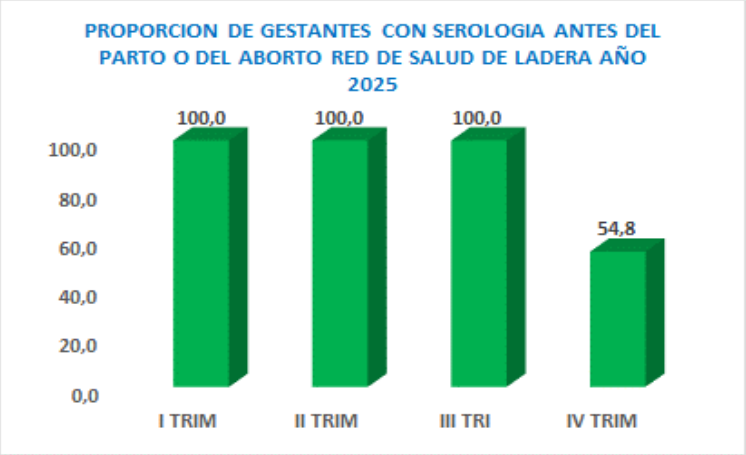
- Se asume el código CIE10 A09. Se presentaron 76 casos de morbilidad por EDA en nuestros usuarios menores de cinco (5) años atendidos para el cuarto trimestre y no se tiene reporte de mortalidad de los mismos de parte de nuestra oficina de epidemiologia y la Secretaria Distrital de Salud.

(P.1.10) Proporción de gestantes con asesoría pre-test para pruebas de VIH.



Como parte de las atenciones incluidas en la atención de las gestantes está incluida esta actividad y se tiene garantizado este mismo a todas nuestras gestantes inscritas en la 37 IPS de nuestra red que para el año 2025 se captaron 1609 embarazadas a las cuales se les realizo la prueba. La meta es el 100% y se cumplió con la misma.

(P.1.12) Proporción de gestantes a las que se les realizo toma de serología en el momento del parto o aborto.



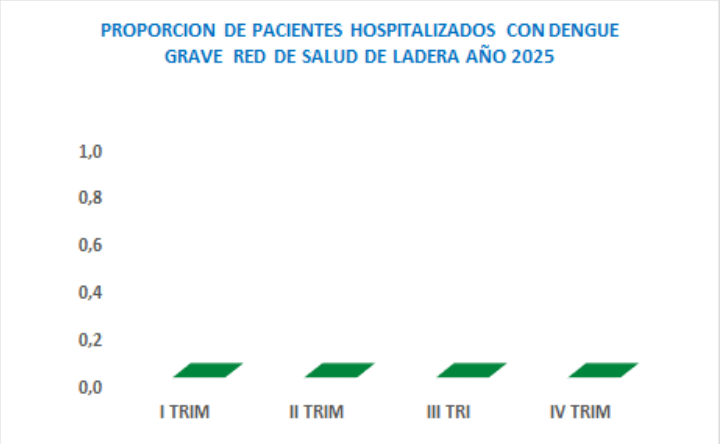
Acciones realizadas

- Como parte de las atenciones incluidas en la atención del parto a nuestras gestantes está incluida esta actividad y se tiene garantizado este mismo a todas nuestras gestantes que realizan su trabajo de parto en nuestra sala para el semestre se atendieron 119 gestantes y 32 usarías en el segundo trimestre con IVE.
- En el tercer trimestre se captaron en la sala de partos para esta prueba a 129 gestantes en la sala de partos a todas se les realizo la prueba. La meta es el 100% y se cumplió con la misma.

- En el cuarto trimestre se captaron en la sala de partos para esta prueba a 102 gestantes en la sala de partos de 186 que fueron reportadas como embarazadas en nuestras bases seis meses antes. La meta es el 30% y se cumplió con el 55% para este trimestre.

- Se realizo un ajuste en el calculo de este indicador para este ultimo trimestre respecto al cálculo de trimestres anteriores

(P.1.13) Proporción de pacientes hospitalizados con dengue grave



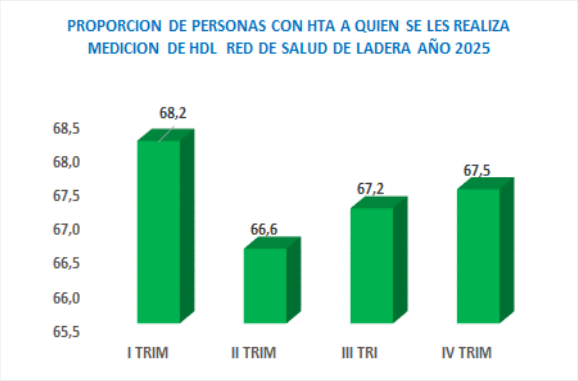
Acciones realizadas

- Se presentaron 4 casos de morbilidad por Dengue en el primer trimestre y 2 en el segundo trimestre en nuestros usuarios atendidos y no se tiene reporte de ingreso de ninguno de estos a nuestras salas de hospitalización.
- En el tercer trimestre se captó 1 caso de Dengue grave en nuestra morbilidad el cual no fue hospitalizado en nuestra sala.

- En el cuarto trimestre no se captaron casos de Dengue grave en nuestra morbilidad.
- Los casos de Dengue grave que requieran hospitalización se remiten a niveles superiores.

- Adicionalmente se evalúa la guía específica del manejo del Dengue.

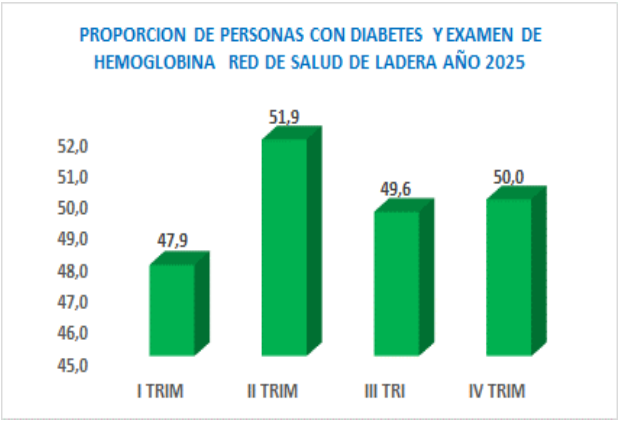
(P.1.14) Proporción de personas con HTA a quienes se les realiza edición de LDL



Acciones realizadas

- Se diagnosticaron en el año 2025 70162 hipertensos de los cuales a 47260 se les hizo la medición. El cumplimiento del indicador fue del 67.4% y la meta propuesta es el 80%.
- Debilidad en el ordenamiento oportuno de los laboratorios requeridos por el programa durante las consultas de seguimiento, en contravía de lo definido en la ruta de atención establecida.

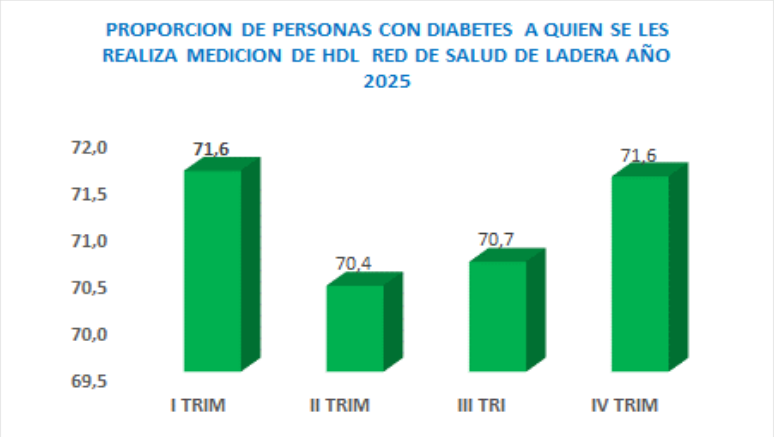
(P.1.15) Proporción de personas con Diabetes a quienes se le toma prueba de hemoglobina glicosilada.



Acciones realizadas

- Se diagnosticaron en el año 2025: 28569 diabéticos a los cuales a 14248 se les hizo la medición. El cumplimiento del indicador fue del 49.8% y la meta propuesta es el 80%.
- De acuerdo a la ruta se debe realizar cada 6 meses para pacientes controlados y cada 3 para no controlados, por tal motivo se propone evaluar cada seis meses.
- Se está haciendo seguimiento al cumplimiento de la demanda inducida a partir de las bases de datos entregadas por IPS de pacientes con dx de diabetes
- De igual forma, el cumplimiento del indicador se ve afectado debido a que la EAPB Asmet tiene contratada la toma de HbA1c con un prestador externo, lo que obliga a los pacientes a desplazarse a otra institución para la realización del examen, generando barreras de acceso al servicio.

(P.1.16) Proporción de personas con Diabetes a quienes se les realiza medición de LDL.

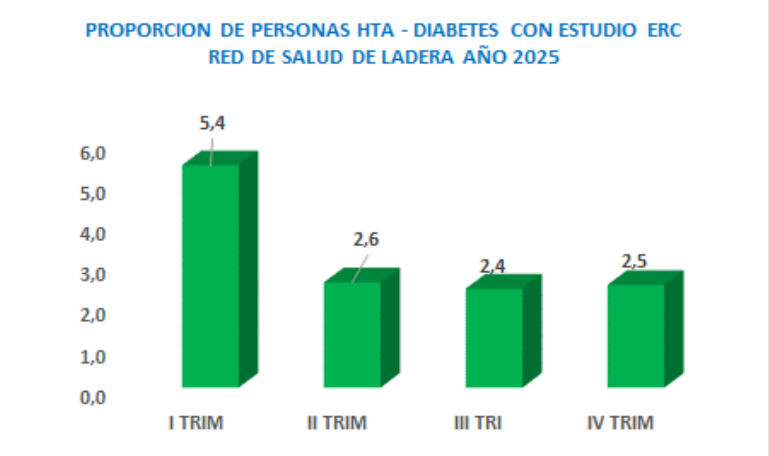


Acciones realizadas

- Se diagnosticaron en el año 28596 diabéticos a los cuales a 20326 se les hizo la medición. El cumplimiento del indicador fue del 71.1% y la meta propuesta es el 80%.

- Se continua con el fortalecimiento de la aplicación de la ruta establecida para estos casos.
- Debilidad en el ordenamiento oportuno de los laboratorios requeridos por el programa durante las consultas de seguimiento, en contravía de lo definido en la ruta de atención establecida.
- Inasistencia de algunos pacientes a la realización de los paraclínicos, aun contando con las órdenes médicas correspondientes, lo cual dificulta una adecuada evaluación clínica y continuidad en el seguimiento.
- Con el fin de mitigar la inasistencia y la debilidad de las actividades de seguimiento, se entrega a cada IPS la base de datos nominal, resaltando los pacientes que requieren seguimiento, incluidos aquellos que no cuentan con paraclínicos actualizados conforme al lineamiento vigente. Adicionalmente, se implementó una herramienta en Google Forms para el registro de la demanda inducida realizada, lo que permitirá el seguimiento a esta actividad desde el área administrativa del programa.

(P.1.17-18) Número de personas con HTA y Diabetes quienes fueron estudiadas con ERC.



Acciones realizadas

- El análisis del indicador se está haciendo conjunto tanto para pacientes diabéticos como hipertensos.

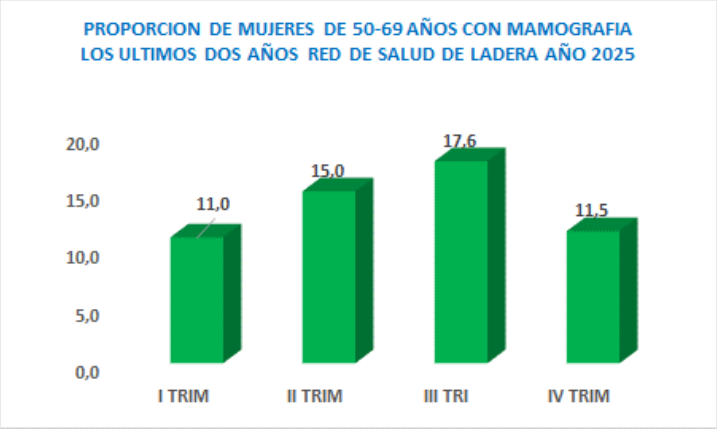
- Se realiza para este periodo un ajuste en el denominador con el fin de tener en cuenta a todos los pacientes con resultado de por lo menos una creatinina en el último año y los datos de peso y talla, datos necesarios para determinar el estadio renal de los pacientes del programa.

- Este resultado evidencia una gestión adecuada del estado clínico de los pacientes del programa frente a la no progresión de la ERC.

- Sin embargo, es necesario fortalecer el proceso de estudio ERC debido a que el número de pacientes estudiados es muy bajo en comparación a la población inscrita en el programa, lo que impide tener información veraz en cuanto al estadio de los pacientes.

- Se captaron en el año 47529 hipertensos y diabéticos a los cuales a 1421 se les realizo estudio para ERC .3.0%

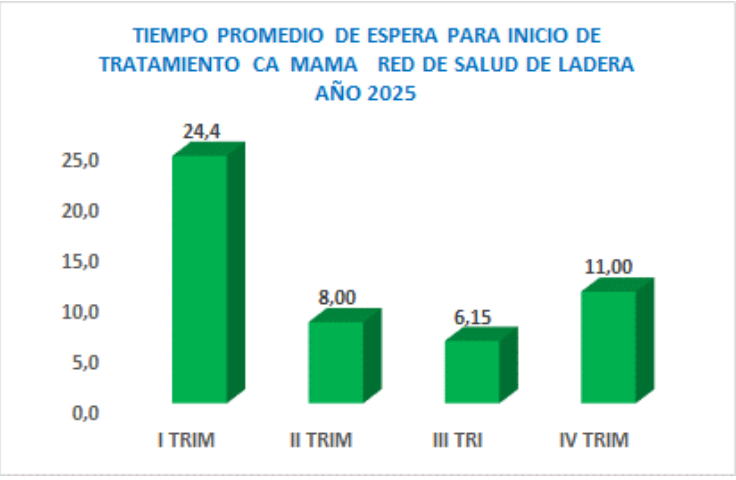
(P.1.21) Proporción de mujeres entre 50-69 años con toma de mamografía los últimos dos años.



Acciones realizadas

- La medición que realiza la red respecto a las mamografías es la oportunidad de la asignación de la cita.
- Para efectos de cumplir con el análisis de este indicador asumiremos la población contratada de mujeres entre 50-69 años por cada trimestre y el número de mamografías tomadas a este grupo de edad reportadas en nuestro sistema de facturación (cups 851302-876801-876802).
- La población para el año 21076 y el número de pruebas tomadas fue de 2904 lo que nos da un cumplimiento del 13.8% con respecto a la meta planteada de 15%.

(P.1.22) Tiempo promedio para el inicio de tratamiento del cáncer de mama.

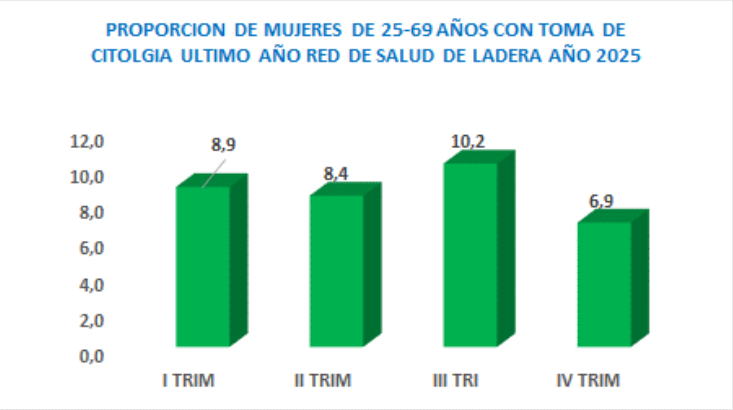


Acciones realizadas

Se asumen para esta medición para el semestre como numerador la suma de días calendarios entre fecha de dx y la fecha de remisión con el dx presuntivo (831 días) y como denominador el número de casos dx en el periodo (71 casos). La meta establecida para este indicador fue de 30 días y la meta alcanzada en el año 2025 fue de 11,7 días.

(P.1.23) Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año

VIGILADO Supersalud



Acciones realizadas

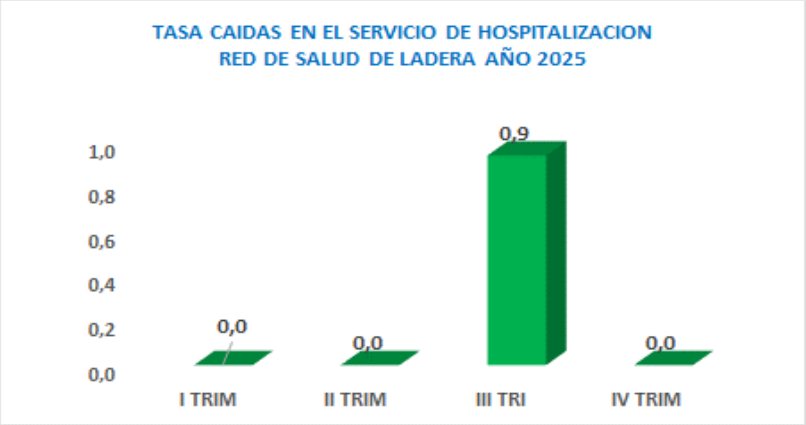
Para efectos de cumplir con el análisis de este indicador asumiremos la población contratada de mujeres entre 25 y 69 años por cada trimestre y el número de citologías tomadas a este grupo de edad reportadas en nuestro sistema de facturación.

La población para el año son 54312 y el número de pruebas tomadas fue de 4659 lo que nos da un cumplimiento del 8.6% con respecto a la meta planteada de 15%.
Se intensifica la búsqueda activa de usuarias mediante el equipo extramural y en las actividades que genera el proyecto PIC Talleres colectivos.

INDICADORES DE SEGURIDAD

(P.2.6) PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE SUFREN CAIDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION

VIGILADO Supersalud



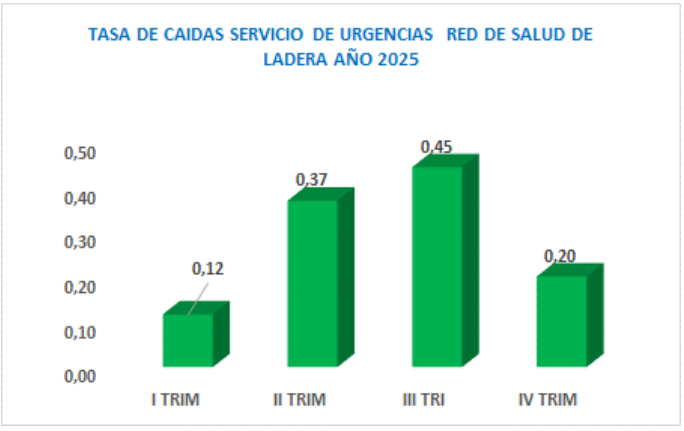
Acciones realizadas

- En el año 2025 se han reportado por parte del equipo de seguridad del paciente dos (2) caídas en el servicio de hospitalización de la Red de Salud de Ladera.

- Se hizo análisis de los mismos mediante la aplicación del protocolo de Londres y se realizan listas de chequeo tanto para usuarios como para acompañantes. Se generaron 6823 días de estancia.

- Se generan estrategias continuas con el fin de disminuir el riesgo de caídas, y se evidencia una adecuada aplicabilidad.

(P.2.7) TASA CAIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS



Acciones realizadas

- Se definió una tasa de 0 por cada 1000 usuarios atendidos en urgencias.

- Se presento en el mes de enero un caso en un paciente de 89 años que fue dejado solo por su acompañante en la camilla que ocupaba a pesar de estar levantadas las barandas de seguridad. No se presentaron consecuencias mayores que colocaran en peligro la salud del paciente.

- En el mes de abril se presentaron dos eventos identificados ID 2431 y ID 2429 los cuales están consignados con sus respectivos planes de mejora en nuestro SIGES
- En el mes de Junio se presentó un evento identificado con ID 2502 el cual está consignado con sus respectivos planes de mejora en nuestro SIGES.

- En el tercer trimestre se presentaron cinco (5) caídas en el servicio de urgencias. En julio la caída ocasionada genero análisis bajo protocolo de Londres. Septiembre se produjeron cuatro (4) caídas que generaron planes de mejora identificados como ID2712-ID2674-ID2669-ID2725.
- Se realizo reunión con el coordinador del servicio y se realizó análisis bajo la metodología del protocolo de Londres, y se pactó fecha para entrega de plan de mejoramiento.
- Durante el mes de noviembre se presentó una caída se realizó reunión con el coordinador del servicio y se analizó bajo la metodología del protocolo de Londres, y se pactó fecha para entrega de plan de mejoramiento.
- Durante el mes de diciembre se presentó una caída Desde seguridad del paciente se sigue fortaleciendo en las rondas y visitas con la aplicación de lista de chequeo de reducción del riesgo de caídas, y secciones breves con el personal.
- Se han realizado capacitaciones a los pacientes y familiares durante este periodo

(P.2.8) TASA CAIDAS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

Acciones realizadas

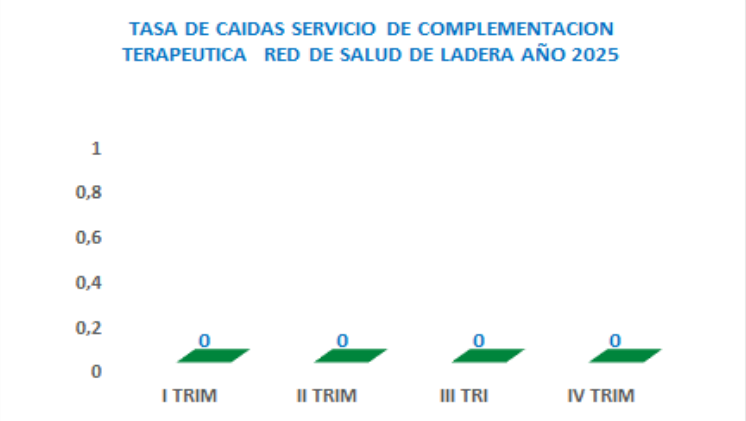
VIGILADO Supersalud

- Se definió una tasa de 0 por cada 1000 usuarios atendidos en los servicios de consulta externa.

- No se reportaron casos de caídas por parte del proceso de seguridad del paciente y el número de atenciones fue de 173549 usuarios para el año 2025.

- Desde seguridad del paciente se sigue fortaleciendo en las rondas y visitas con la aplicación de lista de chequeo de reducción del riesgo de caídas, y secciones breves con el personal.

(P.2.9) TASA CAIDAS EN EL SERVICIO DE APOYO DX Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA

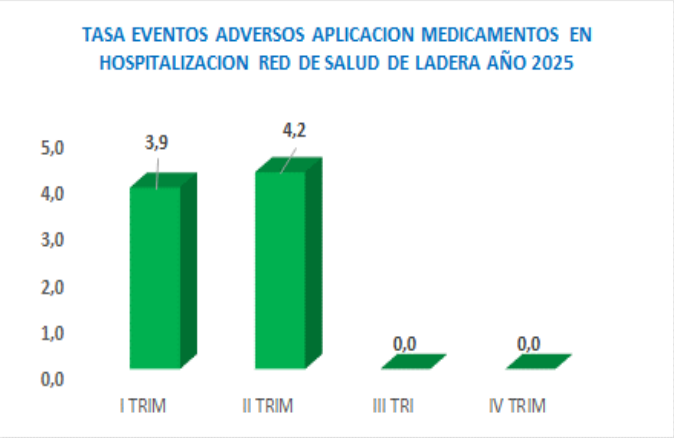


Acciones realizadas

Se definió una tasa de 0 por cada 1000 usuarios atendidos en los servicios de laboratorio, t física, respiratoria y ocupacional.

No se reportaron casos de caídas por parte del proceso de seguridad del paciente y el número de atenciones fue de 106417 usuarios para el año 2025.

(P.2.10) PROPORCION DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACION



Acciones realizadas

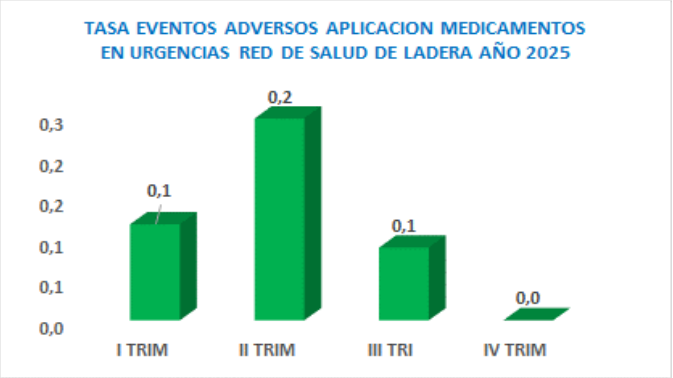
- Se definió una tasa de 0 por cada 100 usuarios atendidos en los servicios de hospitalización.

- En el mes de abril se presentaron dos eventos identificados ID 2648; ID 2435 los cuales están consignados con sus respectivos planes de mejora en nuestro SIGES. El número de atenciones del segundo trimestre fue de 474 egresos para el periodo.

- No se presentaron eventos en el III y IV Trimestre del año 2025.

- Se realizó capacitaciones al personal sobre el protocolo de riesgo de caídas.

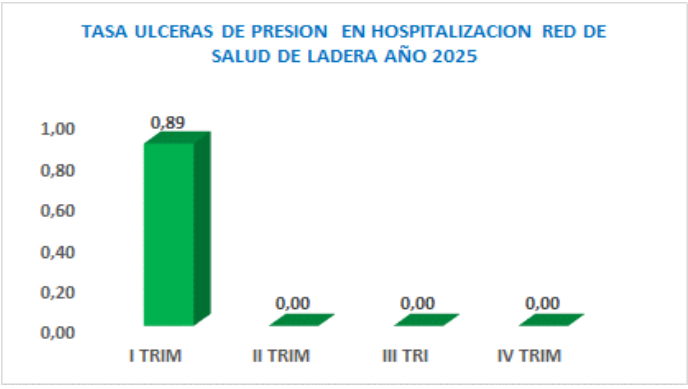
(P.2.11) PROPORCION DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.



Acciones realizadas

- Se definió una tasa de 0 por cada 100 usuarios atendidos en los servicios de urgencias.
- En el mes de mayo se presentaron dos eventos identificados ID 2419; ID 2462 los cuales están consignados con sus respectivos planes de mejora en nuestro SIGES. El número de atenciones del segundo trimestre fue de 8084 egresos para el periodo.
- En el III Trimestre se presentó un caso en el servicio de urgencias en la aplicación de líquidos parenterales. Se realiza el análisis del caso el día 11/08/2025.Se incrementar rondas de seguridad.
- No se reportó durante el IV trimestre eventos adversos en la aplicación de medicamentos en el servicio de urgencias por parte de la oficina de seguridad del paciente.

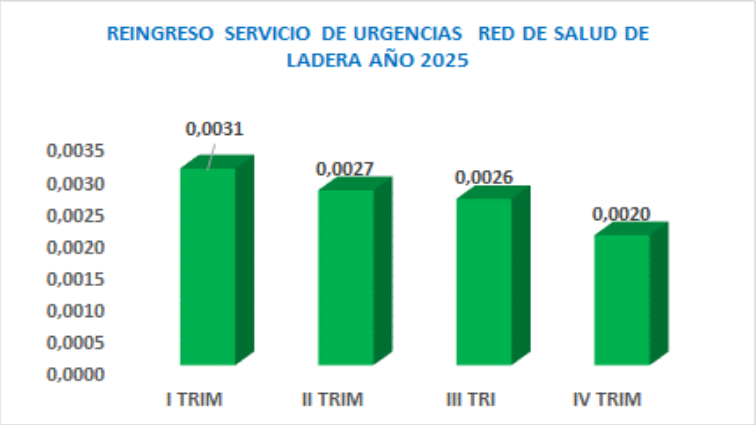
(P.2.12) TASA DE ULCERAS DE PRESION



Acciones realizadas

- Se definió una tasa de 0 por cada 100 usuarios atendidos en los servicios de urgencias.
- Se realizo reporte del evento adverso por parte de las búsquedas activas de seguridad del paciente, caso fue analizado, con el coordinador del servicio de urgencias de Cañaveralejo y se monta un plan de mejoramiento.
- No se reportaron casos de eventos adversos en el servicio de hospitalización por ulceras de presión por parte del proceso de seguridad del paciente en el segundo trimestre y el número de días estancia en el servicio durante el semestre fue de 2908 días.
- No se reportaron casos de eventos adversos en el servicio de hospitalización por ulceras de presión por parte del proceso de seguridad del paciente en el segundo trimestre y el número de días estancia en el servicio durante el semestre fue de 2908 días.
- No se reportaron casos de eventos adversos en el servicio de hospitalización por ulceras de presión por parte del proceso de seguridad del paciente en el cuarto trimestre y el número de días estancia en el servicio durante este periodo fue de 1777 días.
- Se realiza al ingreso de cada paciente test de upp con la escala de BRADEN.

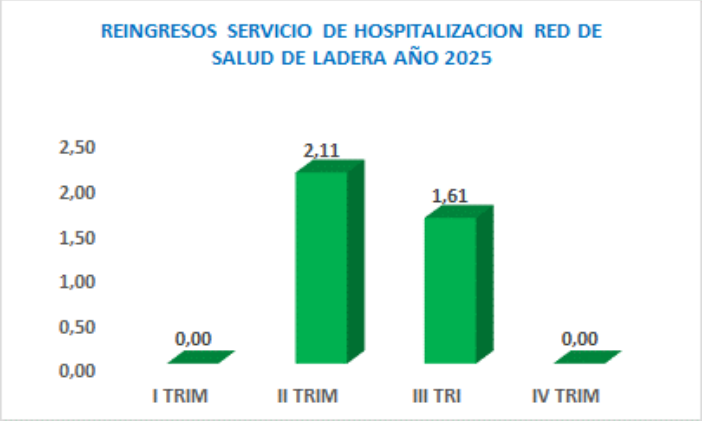
(P.2.13) NUMERO DE PACIENTES QUE REINGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA MISMA INSTITUCION ANTES DE 72 HORAS CON EL MISMO DIAGNOSTICO DE EGRESO



Acciones realizadas

- Se presentaron durante el primer trimestre del año 2025 26 reingresos en los tres servicios de urgencias habilitados en la red y el total de consultas realizadas fue de 8499.
- Se presentaron durante el segundo trimestre del año 2025 22 reingresos en los tres servicios de urgencias habilitados en la red y el total de consultas realizadas fue de 8084.
- Se presentaron durante el tercer trimestre del año 2025 29 reingresos en los tres servicios de urgencias habilitados en la red y el total de consultas realizadas fue de 11221.
- Se presentaron durante el cuarto trimestre del año 2025 20 reingresos en los tres servicios de urgencias habilitados en la red y el total de consultas realizadas fue de 9892.
- La información de los posibles reingresos encontrados se envía mensualmente a los responsables de Urgencias quienes revisando la Historia Clínica por cada usuario informado determina si cumple con los criterios de reingreso al servicio.
- El responsable del servicio realiza socialización del resultado del indicador e instruye sobre la importancia del mismo y la calidad del dato a reportar
- Hipertensión arterial, Infección vías urinarias y otras gastritis y colitis de origen infeccioso son las principales causas de reingreso en el primer semestre del año 2025
- Se cumple satisfactoriamente el indicador 0.0031.

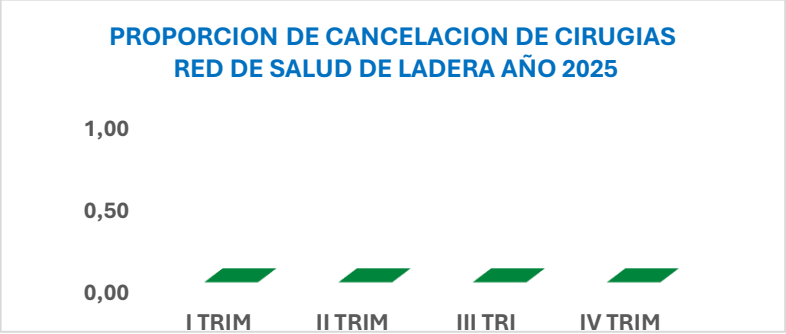
(P.2.14) REINGRESOS EN ELSERVICIO DE HOSPITALIZACION ANTES DE 15 DIAS POR EL MISMO DX DE EGRESO.



Acciones realizadas

- No se reportaron reingresos en el servicio de Hospitalización en el primer trimestre del año 2025 de 257 egresos reportados.
- En el segundo trimestre se reporto un reingreso en el servicio de hospitalización de un paciente de 53 años que ingreso el día 13 del mes de mayo con dx de otras esquizofrenias (F208) y regreso el día 21 del mismo mes con el mismo dx. El paciente a pesar de todas las recomendaciones no hizo caso adecuado de las mismas.
- En el III Trimestre se reporto un caso de reingreso en el servicio en un paciente de 41años con neumonía bacteriana quien no hizo caso de las recomendaciones sugeridas para su tratamiento.
- No se reportaron reingresos en el servicio de Hospitalización en el cuarto trimestre del año 2025 de 507 egresos reportados.

(P.2.15) PROPORCION DE LA CANCELACION DE CIRUGIA.

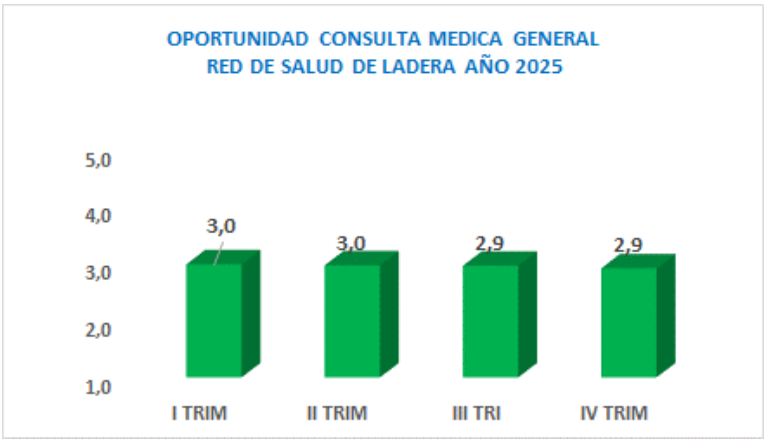


Acciones realizadas

Se implementó el servicio de cirugía a partir del III Trimestre del año 2025 y de las 76 cirugías programadas en el año ninguna fue cancelada por parte del paciente ni la institución.

INDICADORES EXPERIENCIA EN LA ATENCION

(P.3.1) OPORTUNIDAD CONSULTA MEDICA GENERAL



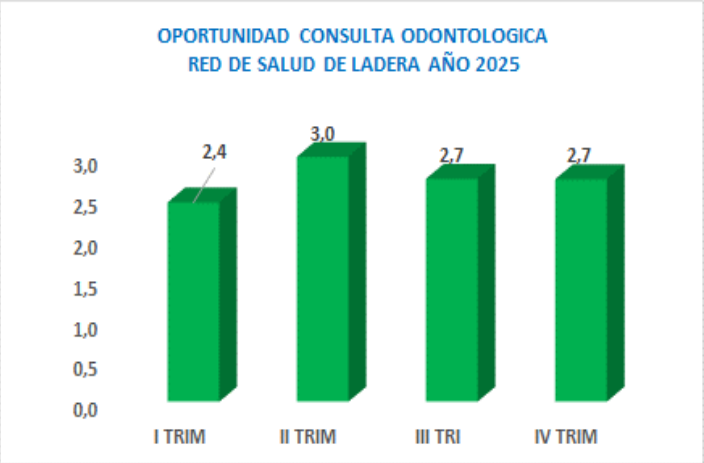
Acciones realizadas

- Este es el resultado de la oportunidad calculada para las 37 IPS donde se presta el servicio de Consulta médica general.

VIGILADO Supersalud

- El indicador lo calculamos mensualmente y si bien el indicador de manera global nos cumple para el total de la red en muchas ocasiones se encuentran brechas en diferentes ips las cuales abordamos de acuerdo a la necesidad y oportunidad de mejora que tenemos para las mismas.
- Se tiene agendamiento a través del call center con 10 agentes lo que ha repercutido en el logro y mejora de la oportunidad comparada con periodos anteriores.
- El indicador para el año 2025 evaluó según la norma 158561 consultas de primera vez y la sumatoria de días fue de 53680. Se cumple satisfactoriamente el indicador (3.0 días).

(P.3.2) OPORTUNIDAD CONSULTA ODONTOLOGICA



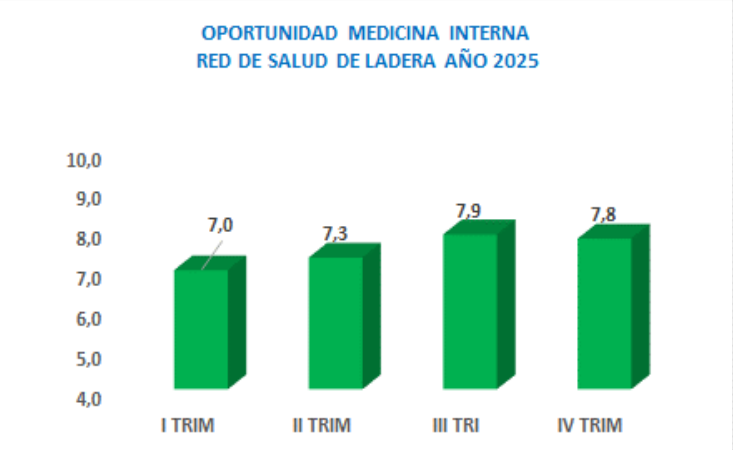
Acciones realizadas

- Este es el resultado de la oportunidad calculada para las 35 IPS donde se presta el servicio de Consulta odontológica.

- El indicador lo calculamos mensualmente y si bien el indicador de manera global nos cumple para el total de la red en muchas ocasiones se encuentran brechas en diferentes ips las cuales abordamos de acuerdo a la necesidad y oportunidad de mejora que tenemos para las mismas.

- Se tiene agendamiento a través del call center con 10 agentes lo que ha repercutido en el logro y mejora de la oportunidad comparada con periodos anteriores.
- Se evaluaron 36842 usuarios en el semestre y el tiempo trascurrido en días fue de 13835
- El indicador para el primer semestre del año 2025 (2.7 días) se cumple satisfactoriamente teniendo en cuenta que la meta está establecida en tres (3) días.
- El indicador para el año 2025 evaluó según la norma 71566 consultas odontológicas de primera vez y la sumatoria de días fue de 26730 Se cumple satisfactoriamente el indicador (2.7 días).

(P.3.3) OPORTUNIDAD CONSULTA MEDICINA INTERNA

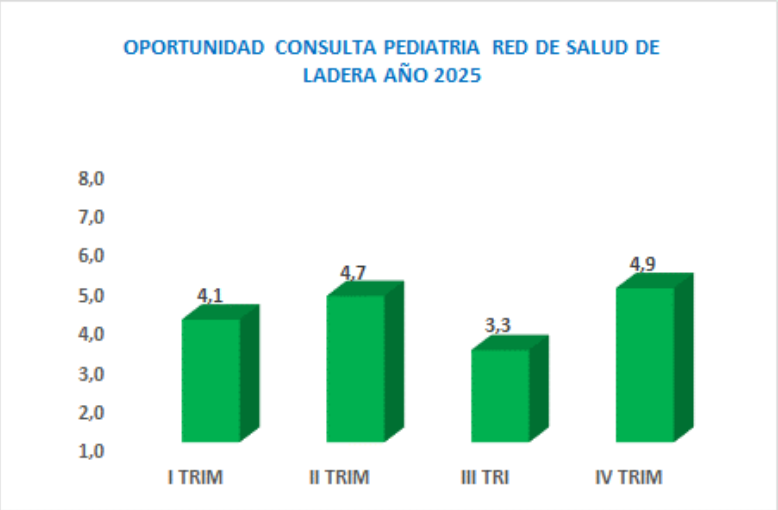


Acciones realizadas

- Este es el resultado de la oportunidad calculada y dirigida principalmente a nuestros usuarios crónicos inscritos en nuestros programas de atención a crónicos.
- Se tiene agendamiento a través del call center con 10 agentes lo que ha repercutido en el logro y mejora de la oportunidad comparada con periodos anteriores.
- El indicador para el primer semestre del año 2025 se cumple satisfactoriamente.

- La meta asumida por nuestra red para este indicador es de ocho (8) días y el logro a la fecha son 7.1 días.
- El indicador para el año 2025 evaluó según la norma 15178 consultas de medicina interna de primera vez y la sumatoria de días fue de 2062. Se cumple satisfactoriamente el indicador (7.4 días).

(P.3.4) OPORTUNIDAD CONSULTA PEDIATRIA

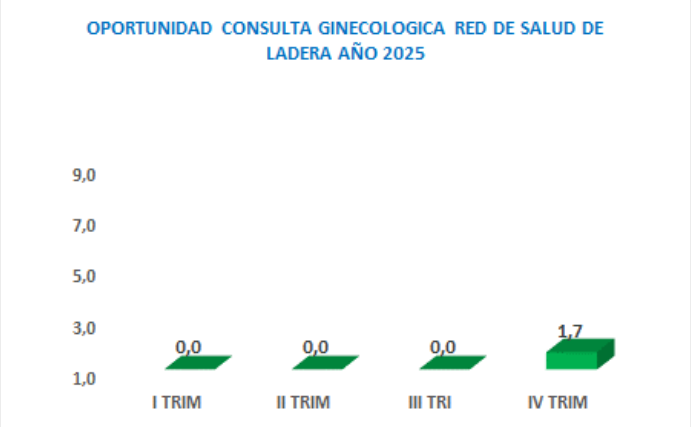


Acciones realizadas

- Este es el resultado de la oportunidad calculada y dirigida principalmente a nuestros usuarios de primera infancia e infancia inscritos en nuestros programas y que son atendidos por tres pediatras que a la fecha están acompañando este proceso.
- Se tiene agendamiento a través del call center con 10 agentes lo que ha repercutido en el logro y mejora de la oportunidad comparada con periodos anteriores.
- El indicador para el primer semestre del año 2025 se cumple satisfactoriamente y tiene una meta establecida de cinco (5) días. El logro en el periodo fue de 4.4 días.
- Se evaluaron 11152 usuarios y el tiempo generado en días fue de 2519.

- El indicador para el año 2025 evaluó según la norma 26259 consultas de pediatría de primera vez y la sumatoria de días fue de 6678. Se cumple satisfactoriamente el indicador (3.9 días).

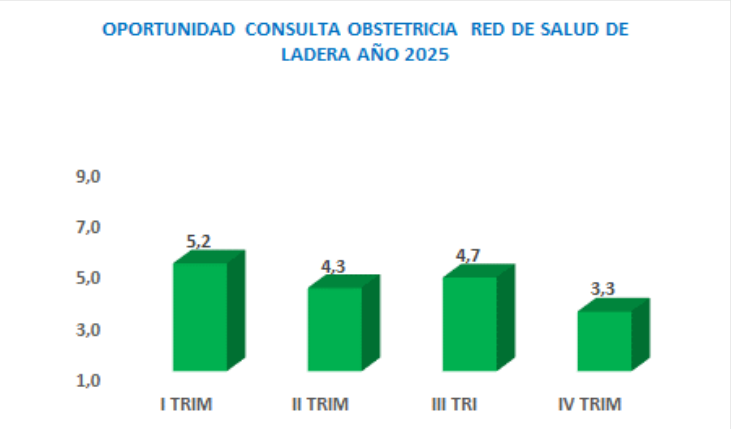
(P.3.5) OPORTUNIDAD CONSULTA GINECOLOGICA



Acciones realizadas

- El indicador para el año 2025 se cumple satisfactoriamente y tiene una meta establecida de ocho (8) días y el logro obtenido en el periodo fue de 1.7días.
- Se evaluaron 264 usuarias y el tiempo generado en días fue de 158.
- Este indicador de empezó a evaluar a partir del IV trimestre del año 2025.

(P.3.6) OPORTUNIDAD CONSULTA OBSTETRICIA



Acciones realizadas

- Este es el resultado de la oportunidad calculada para las 37 IPS donde se presta el servicio a nuestras usuarias obstétricas.

- En el momento se tiene implementada una estrategia entre las encargadas del programa y el call center para la asignación de citas y el seguimiento y cumplimiento de las mismas.

- El indicador lo calculamos mensualmente y si bien el indicador de manera global nos cumple para el total de la red en muchas ocasiones se encuentran brechas en diferentes ips las cuales abordamos de acuerdo a la necesidad y oportunidad de mejora que tenemos para las mismas.

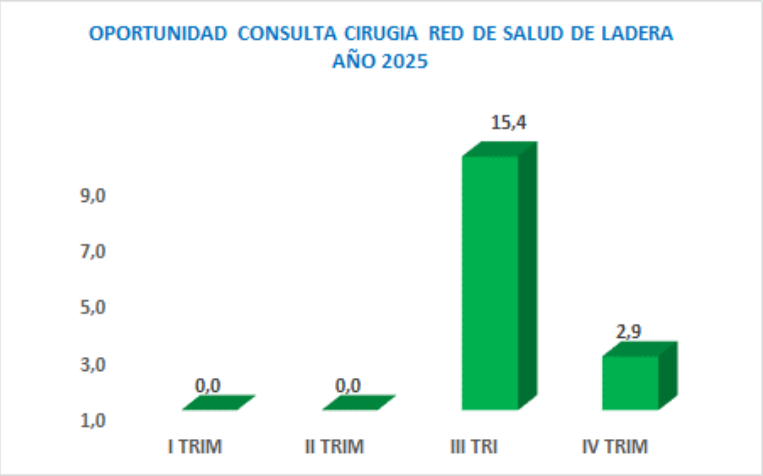
- Se tiene agendamiento a través del call center con 10 agentes lo que ha repercutido en el logro y mejora de la oportunidad comparada con periodos anteriores.

- El indicador para el primer semestre del año 2025 se cumple satisfactoriamente y tiene una meta establecida de ocho (8) días y el logro obtenido en el periodo fue de 4.8 días.
- Se evaluaron 5162 usuarias y el tiempo generado en días fue de 1070.

- El indicador para el año 2025 se cumple satisfactoriamente y tiene una meta establecida de ocho (8) días y el logro obtenido en el periodo fue de 4.8 días.

- Se evaluaron 8010 usuarias y el tiempo generado en días fue de 1752.

(P.3.7) OPORTUNIDAD CONSULTA CIRUGIA



Acciones realizadas

- Se habilito el servicio de cirugía a partir del mes de agosto del año 2025.

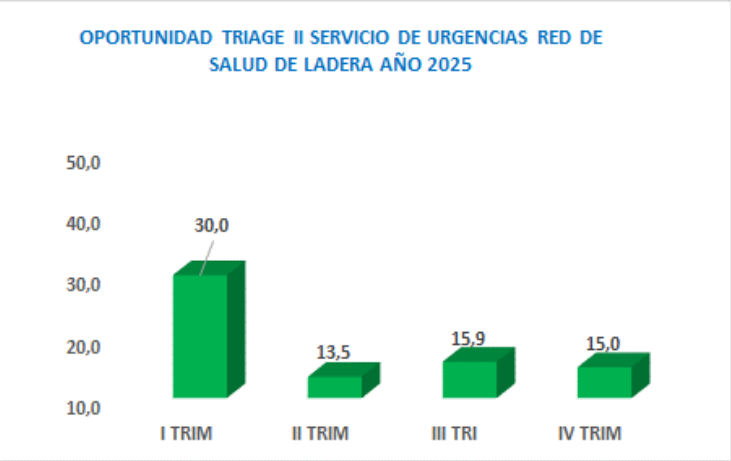
- Se registraron en el III Trimestre 139 días entre la fecha de solicitud y asignación de la cita; el total de citas coincidió con el número de cirugías realizadas nueve (9).

- El resultado del indicador en este periodo fue de 15.4 días.

- En el IV Trimestre se realizaron 67 cirugías y el tiempo utilizado para la oportunidad de la atención fue de 195 días. El resultado del trimestre fue de 2.9 días.

- Inicialmente definimos como meta para este indicador 30 días.

(P.3.10) OPORTUNIDAD DE TRIAGE 2



Acciones realizadas

- Este indicador es el resultado de la medición de las tres instituciones que a la fecha están asumiendo la demanda del servicio de urgencias en la red.

- En las Ips de urgencias de nuestra red todas las personas asistentes son sometidas a calificación de triage (excepto triage 1) lo que hace un poco más nutrido el paso por este servicio, pero igual en la sala de espera se monitorea posibles alteraciones urgentes del estado de salud que requieran paso inmediato.

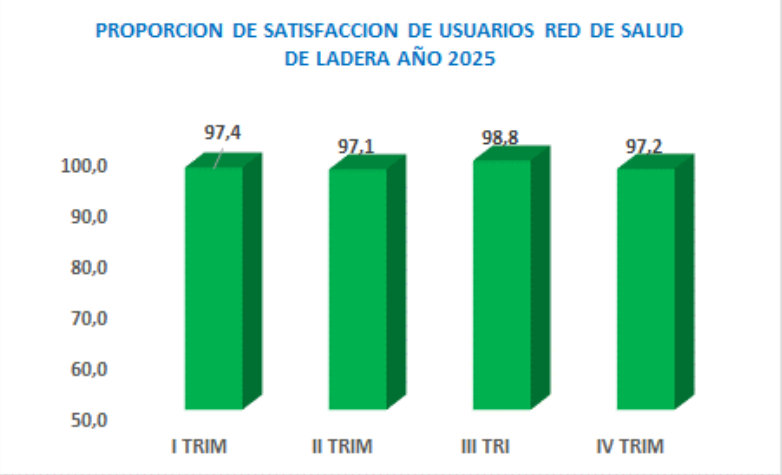
- El indicador en forma global para el primer semestre del año 2025 cumple la meta. La meta establecida para este indicador es de 30 minutos y logro obtenido en el periodo fue de 22.7 minutos

- Se evaluaron 22216 usuarios como triage II y el tiempo generado en minutos fue de 979.

- El indicador en forma global para el año 2025 cumple la meta. La meta establecida para este indicador es de 30 minutos y logro obtenido en el periodo fue de 19.0 minutos.

- Se evaluaron 38110 usuarios como triage II y el tiempo generado en minutos fue de 2002.

(P.3.14) SATISFACCION DE USUARIOS



Acciones realizadas

- Para la medición de este indicador a partir de los usuarios atendidos por cada IPS en el año inmediatamente anterior se determina una muestra que define el número de encuestas a realizar en cada institución y servicio.

- Se utiliza un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5% para tal efecto Los niveles de satisfacción de los usuarios han sido aceptables y la proporción de usuarios que contestan que “definitivamente si recomendarían nuestras instituciones están por encima del 97.2% para el semestre.

- En el año 2025 se han realizado 6582 encuestas de satisfacción usuarios y la respuesta de aceptación y recomendación para nuestras instituciones están por encima del 97.6%.

- Se han realizado ajustes tanto en la encuesta como el tipo de preguntas a realizar con el fin de garantizar que los usuarios se sientan en libertad de

expresar sus opiniones respecto al servicio recibido y sus respuestas han sido utilizadas para implementar mejoras acordes a sus opiniones

Durante el año 2025, la Red de Salud Ladera E.S.E. logró un cumplimiento global satisfactorio en la mayoría de los indicadores de calidad exigidos por en el componente de calidad, destacándose los siguientes aspectos:

- **Alto cumplimiento** en indicadores de efectividad materno-perinatal (control prenatal temprano, tamizaje neonatal, asesoría pre-test VIH, valoración odontológica en gestantes, tamizaje serológico al parto, entre otros), alcanzando o superando las metas establecidas en la mayoría de los casos.

- **Cero o muy baja ocurrencia** de eventos centinela y adversos graves (mortalidad perinatal y materna, letalidad por IRA y EDA en menores de 5 años, úlceras por presión, reingresos hospitalarios tempranos, cancelación de cirugías programadas).

- **Excelente desempeño** en oportunidad de atención en la mayoría de los servicios ambulatorios y de urgencias (consulta general, odontológica, pediatría, medicina interna, obstetricia, triage II), con tiempos muy por debajo de las metas normativas.

- **Alta satisfacción usuaria**, con porcentajes de recomendación superiores al 97.6%.

- **Brechas importantes** persisten en algunos indicadores de manejo de enfermedades crónicas (medición de LDL y HbA1c en hipertensos y diabéticos, tamizaje de ERC, tamizaje de cáncer de mama y citología cervicouterina), principalmente asociadas a barreras de acceso y baja adherencia de los usuarios.

La vigencia 2025 cierra con un buen desempeño en las metas de calidad y oportunidad, en los términos establecidos en la Resolución 0256 de 2016, que se presenta a continuación, con el detalle de los últimos 5 años:

VIGILADO Supersalud

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META	2020	2021	2022	2023	2024	2025
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA GENERAL	DIAS	3	2,8	3	2,8	2,9	2,92	2,95
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE ODONTOLOGÍA GENERAL	DIAS	3	2,1	3	2,1	2,9	2,9	2,67
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA	DIAS	5	4,6	5	4,6	4,2	3,5	4,62
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA	DIAS	15	9,5	10	9,5	7,2	7,4	7,36
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA	DIAS	8	7,8	4,8	7,8	5	5,5	4,61
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE 2 EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	MINUTOS	30	21,22	25,84	23,7	26,5	29,8	17,79
MORTALIDAD MATERNA EVITABLE	CASOS	0	0	0	0	0	0	0
MORTALIDAD EVITABLE EN MENORES DE 5 ANOS	CASOS	0	0	0	0	0	0	0
PROPORCION DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS	RAZON	0,03	0,0034	0,0021	0,0013	0,0025	0,0032	0,0026

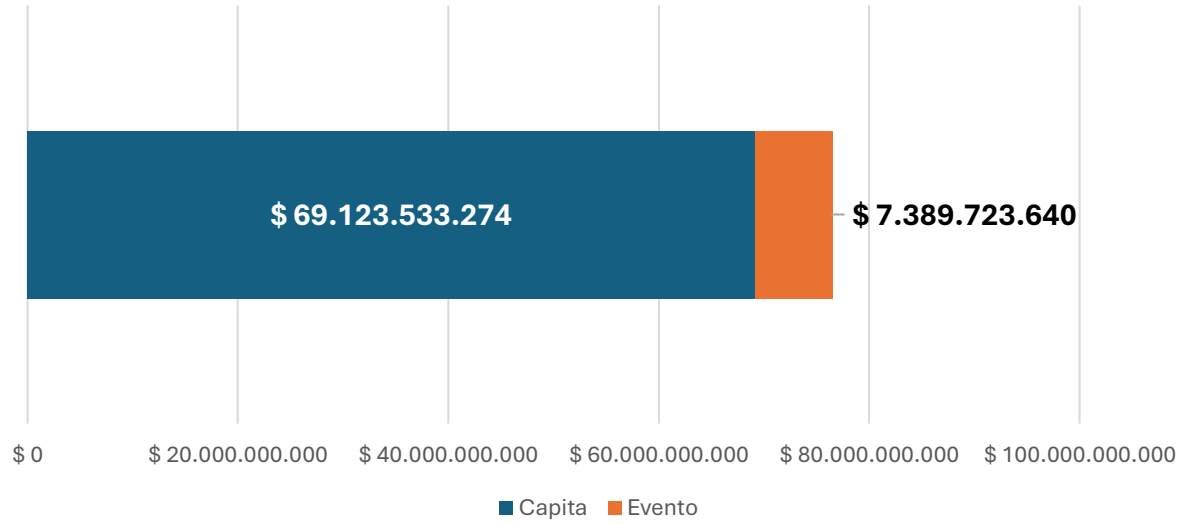
En términos generales, se evidencia una institución con fortaleza en la atención materno-perinatal, pediátrica, de urgencias y en la experiencia usuaria, pero con retos importantes en la gestión proactiva y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

3. INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA VIGENCIA

Informe de contratación vigencia 2025

El presente informe tiene como objetivo dar a conocer la gestión contractual desarrollada durante la vigencia 2025, enfocada principalmente en la administración, seguimiento y fortalecimiento de las relaciones contractuales con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), garantizando la continuidad en la prestación de los servicios de salud, el cumplimiento normativo y la sostenibilidad financiera de la entidad. Durante la vigencia evaluada, la Red de Salud de Ladera E.S.E. contó con contratos con las siguientes EAPB: Emssanar, Asmet Salud, SOS, Coosalud, Nueva EPS en intervención, AIC EPS-I, Mallamas EPSI, Salud Total, Comfenalco y FOMAG.

Gráfico 1: Valor contratado por modalidad de cápita y evento en la vigencia 2025

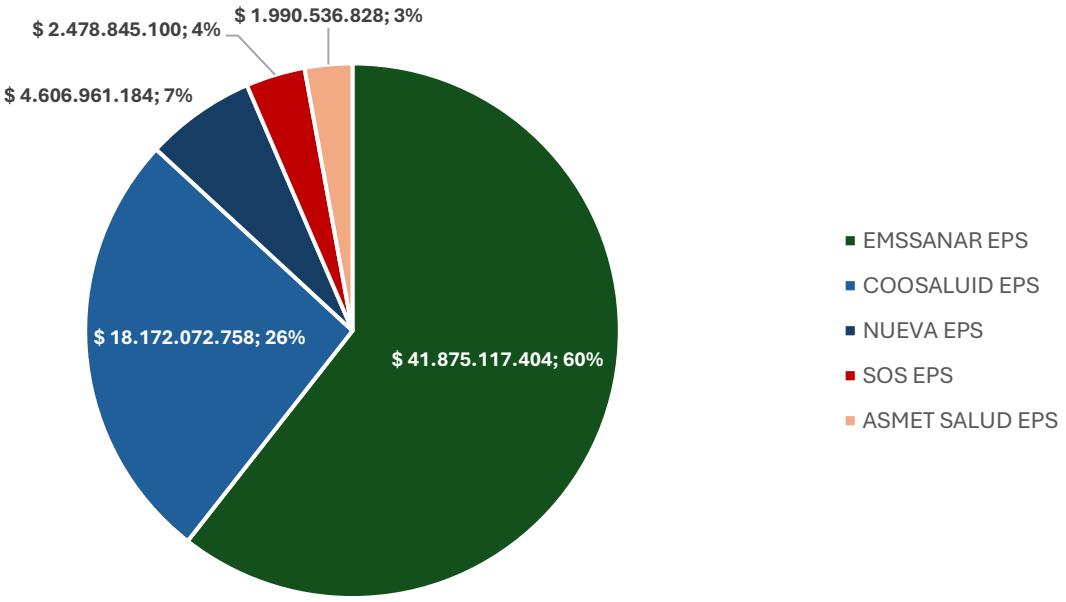


Fuente: GSC-CSS-for-003 Matriz de Contratación de Servicios de Salud 2025

La gráfica 1 muestra que para la vigencia 2025 la Red de Salud de Ladera ESE presenta una clara predominancia de la contratación bajo la modalidad de cápita frente a la modalidad por evento. El valor contratado por cápita asciende aproximadamente a $69.123 millones, lo que representa la mayor proporción de los ingresos contractuales, mientras que la modalidad por evento alcanza cerca de $7.390 millones, con una participación significativamente menor. Esta distribución evidencia que el modelo financiero de la Red de Salud de Ladera se

encuentra principalmente orientado a la gestión del riesgo y de la población asignada, característica propia de la modalidad cápita, lo cual implica mayores retos en términos de eficiencia, control de costos y capacidad resolutiva de los servicios. Al mismo tiempo, la baja participación de la contratación por evento sugiere una menor dependencia de ingresos variables asociados a la demanda puntual de servicios, lo que aporta mayor estabilidad financiera, pero también exige un seguimiento riguroso al comportamiento de la utilización, a los costos de atención y a los resultados en salud para garantizar la sostenibilidad económica y la calidad de la atención durante la vigencia 2025.

Gráfico 2: Valor contractual modalidad cápita vigencia 2025



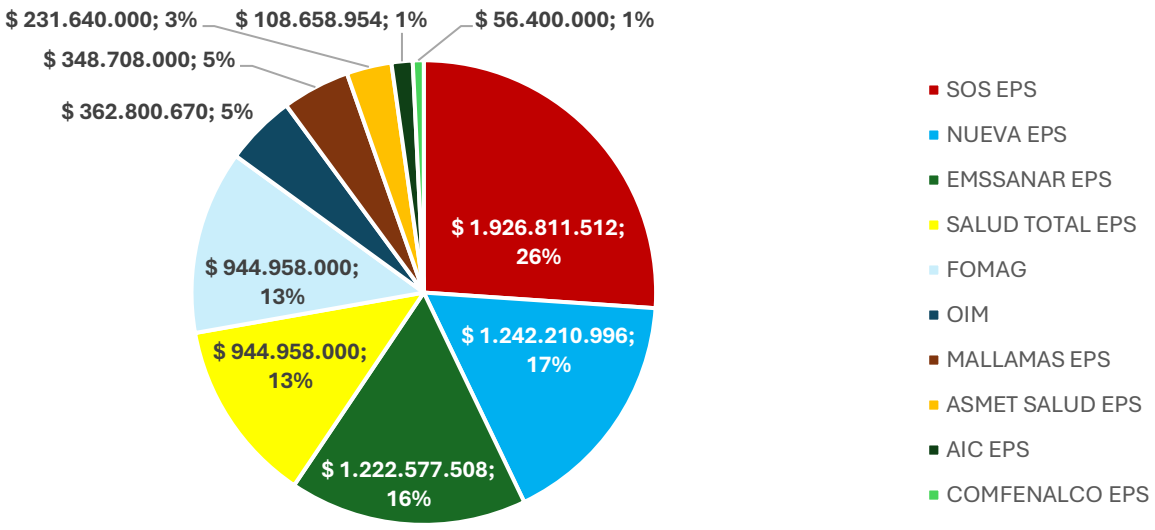
Fuente: GSC-CSS-for-003 Matriz de Contratación de Servicios de Salud 2025

Sin embargo, la gráfica 2, evidencia que la contratación bajo la modalidad cápita en la Red de Salud de Ladera para la vigencia 2025 se encuentra altamente concentrada en pocas EAPB, destacándose principalmente EMSSANAR EPS, que concentra el 60% del valor contractual con un monto aproximado de $41.875 millones, lo que la posiciona como el principal actor financiero y operativo dentro de la red. En segundo lugar, se ubica

COOSALUD EPS, con una participación del 26% y un valor cercano a $18.172 millones, de manera que entre estas dos entidades se concentra cerca del 86% del total contratado, lo cual refleja aun una dependencia significativa de la red frente a su comportamiento contractual y financiero.

Por su parte, NUEVA EPS participa con el 7% del valor contractual, equivalente a $4.507 millones, mientras que SOS EPS y ASMET SALUD EPS presentan participaciones menores del 4% y 3%, con valores aproximados de $2.479 millones y $1.991 millones respectivamente. En conjunto, estas tres EAPB representan solo el 14% del total contratado en modalidad cápita. Esta estructura contractual implica que la sostenibilidad financiera y operativa de la Red de Salud de Ladera aun depende en gran medida del adecuado cumplimiento y gestión de las EAPB con mayor participación, especialmente EMSSANAR EPS, lo que hace necesario fortalecer el seguimiento contractual, la gestión del riesgo en salud y la eficiencia en la prestación de los servicios para garantizar estabilidad y calidad en la atención durante la vigencia 2025.

Gráfico 3: Valor contractual modalidad evento vigencia 2025



Fuente: GSC-CSS-for-003 Matriz de Contratación de Servicios de Salud 2025

Al contrastar esta gráfica de valor contractual en modalidad evento con el análisis previo de la modalidad de contratación de la Red de Salud de Ladera ESE, se refuerza la conclusión de que el modelo financiero de la red para la vigencia 2025 está claramente orientado hacia la cápita, mientras que la contratación por evento cumple un rol complementario y de menor peso relativo. Tal como se evidenció anteriormente, la modalidad evento representa una proporción reducida frente al total contratado, y esta gráfica confirma que dicho valor, además de ser menor, se encuentra más distribuido entre varias EAPB.

n la modalidad evento, la mayor participación corresponde a SOS EPS con aproximadamente el 26% del valor contractual, seguida por NUEVA EPS con el 17% y EMSSANAR EPS con el 16%. SALUD TOTAL EPS y FOMAG aportan cada una cerca del 13%, mientras que el resto de EAPB, como ASMET SALUD EPS, AIC EPS y COMFENALCO EPS, presentan participaciones individuales inferiores al 5%, lo que evidencia una atomización del ingreso por evento y un bajo peso financiero de cada uno de estos contratos de manera aislada. Esta distribución contrasta con lo observado en la modalidad cápita, donde el valor contractual se concentra principalmente en EMSSANAR EPS y COOSALUD EPS, generando una alta dependencia de pocas EAPB para la sostenibilidad financiera de la red.

La comparación entre ambas modalidades permite concluir que, mientras la cápita concentra la mayor parte de los recursos y del riesgo financiero, la modalidad evento cumple una función de apoyo y diversificación, sin representar una fuente significativa de ingresos para la Red de Salud de Ladera ESE. En la modalidad evento no se evidencia una EAPB dominante en la misma magnitud que en la cápita, sino una distribución más equilibrada entre varias entidades, lo cual reduce el riesgo asociado a la dependencia de un solo pagador, pero también limita su impacto en el flujo de recursos totales.

En coherencia con el análisis previo, esta estructura contractual confirma que la estabilidad financiera de la Red de Salud de Ladera ESE en la vigencia 2025 dependiò fundamentalmente de una adecuada gestión de la modalidad cápita, especialmente en lo relacionado con control de costos, eficiencia en la prestación y gestión del riesgo en salud, mientras que la modalidad evento debiò ser gestionada principalmente como un

complemento estratégico, sin embargo el flujo de caja se afecta cuando la cartera por esta modalidad no cumple con los tiempos establecidos por la normatividad y los problemas financieros de las EAPB en general.

Diversificación y estabilidad

- La presencia de Coosalud, Nueva EPS y Asmet Salud garantiza estabilidad financiera secundaria.
- La contratación con AIC y Mallamas fortalece la atención diferencial a población indígena.
- Salud Total y Comfenalco aportan participación contributiva y especial, reduciendo dependencia exclusiva del subsidiado.

Esto demuestra planeación contractual con enfoque poblacional, algo que nuestra gerente hace prevalecer en las negociaciones y aportes a las necesidades del territorio.

Gestión contractual para la atención mediante Equipos Básicos de Salud (EBS) – Vigencia 2025

Durante la vigencia 2025, la Red de Salud de Ladera E.S.E. fortaleció de manera sustancial su capacidad operativa y la atención primaria en salud mediante una gestión contractual estratégica orientada a la implementación de Equipos Básicos de Salud (EBS), en coherencia con los lineamientos del modelo de atención en salud y las necesidades específicas del territorio.

Como resultado de este proceso, se formalizó la contratación de treinta (30) Equipos Básicos de Salud exclusivos y tres (3) Equipos Básicos de Salud no exclusivos, destinados a la atención de la población urbana y, de manera prioritaria, de la población rural, donde se evidencian mayores niveles de dispersión geográfica y barreras de acceso a los servicios de salud.

La adecuada distribución y operación de estos equipos permitió ampliar la cobertura de atención, fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y

garantizar el abordaje integral de un mayor número de habitantes, contribuyendo de forma directa al mejoramiento del acceso efectivo a los servicios de salud y al cumplimiento de los objetivos misionales de la entidad.

Desde una perspectiva gerencial, esta estrategia refleja una gestión contractual eficiente y orientada al impacto territorial, que optimiza el uso de los recursos disponibles y prioriza la atención en las zonas de mayor vulnerabilidad, especialmente en el área rural, consolidando a la Red de Salud de Ladera E.S.E. como un actor fundamental en la implementación y fortalecimiento del modelo de Atención Primaria en Salud.

Liquidación Contractual y Evaluación de Riesgo – Vigencia 2025

Durante la vigencia 2025, la Red de Salud de Ladera E.S.E. adelantó un conjunto de gestiones estratégicas orientadas a la liquidación de contratos, la evaluación de la gestión del riesgo y el seguimiento al cumplimiento de las metas de Promoción y Mantenimiento de la Salud (PyM), con el propósito de garantizar la sostenibilidad financiera y asegurar el adecuado cierre de las obligaciones contractuales con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

En este contexto, se desarrollaron mesas técnicas y de trabajo con las entidades Nueva EPS, EMSSANAR EPS, Mallamas EPSI y AIC EPS-I, las cuales permitieron avanzar de manera significativa en diversos frentes. Como resultado de estas mesas, se logró la liquidación de contratos correspondientes a las vigencias 2022, 2023 y 2024, lo que permitió depurar saldos, cerrar periodos contractuales y reducir de forma importante las contingencias administrativas y financieras para la E.S.E.

Adicionalmente, se realizó la evaluación del cumplimiento de las metas de Promoción y Mantenimiento de la Salud correspondientes a las vigencias 2022 y 2023, identificando oportunidades de mejora, inconsistencias en los reportes y aspectos relacionados con los criterios de medición, los cuales fueron analizados de manera conjunta con las EPS para su respectiva validación y ajuste.

Con la entidad Nueva EPS se inició el proceso de reevaluación de los descuentos aplicados durante la vigencia 2024, a partir de una revisión técnica de las frecuencias de uso, los

soportes operativos y los criterios de evaluación, con el objetivo de realizar ajustes acordes con la ejecución real de las actividades de PyM.

De manera específica, con EMSSANAR EPS se culminó el proceso de liquidación del contrato bajo la modalidad de Pago Global Prospectivo (PGP), el cual inició en el año 2022 y tuvo una duración de dos años, logrando así el cierre de un proceso contractual de alta complejidad técnica y financiera.

Estas acciones reflejan el fortalecimiento del rol estratégico del área de contratación, no solo en la suscripción de acuerdos, sino también en el seguimiento, control, evaluación del riesgo contractual y cierre oportuno de los contratos, contribuyendo de manera directa al cumplimiento de las metas institucionales y a la estabilidad financiera de la Red de Salud de Ladera E.S.E.

Nuevos servicios ofertados por la Red de Salud de Ladera E.S.E.

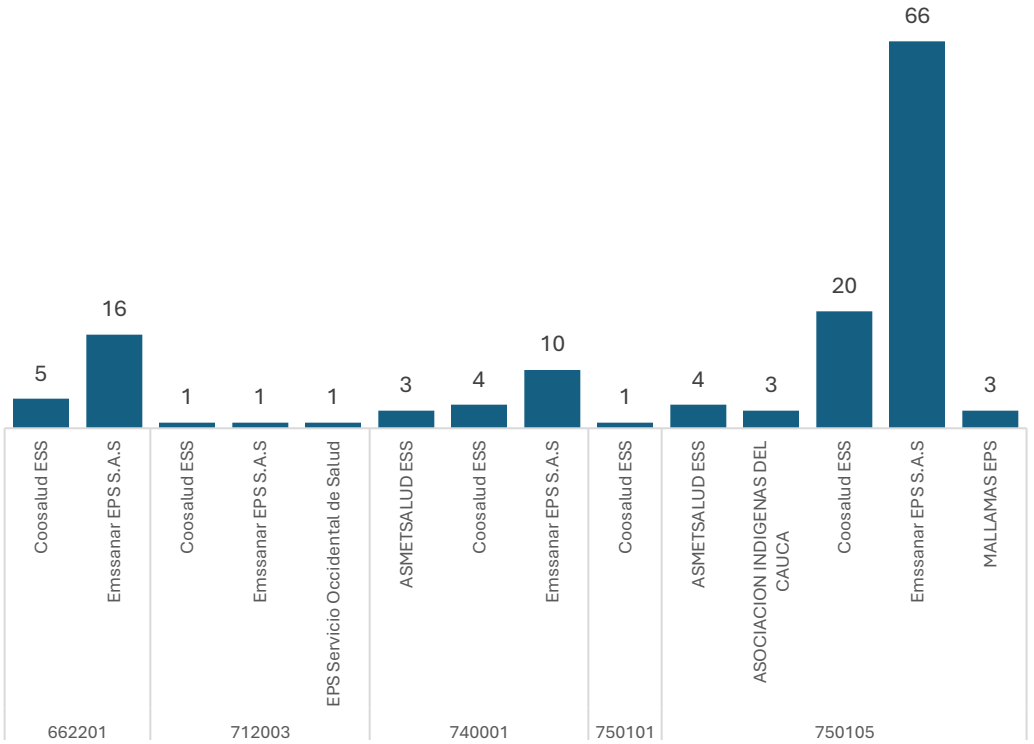
A partir del mes de julio de 2025, la Red de Salud de Ladera E.S.E. inició la prestación de servicios en la Unidad Obstétrica, la cual cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por especialistas en ginecología y obstetricia, médicos generales, enfermeras profesionales, parteras tradicionales certificadas, auxiliares de enfermería con formación en atención intercultural, traductores, mediadores culturales y un equipo psicosocial, garantizando una atención integral, oportuna y centrada en las necesidades de las gestantes.

De manera complementaria, la Unidad dispone de equipamiento especializado para el monitoreo obstétrico, la atención de emergencias y el cuidado neonatal, lo que permite ofrecer servicios bajo altos estándares de seguridad, calidad y humanización, promoviendo un modelo de parto digno, respetuoso y culturalmente pertinente para las mujeres residentes en la ladera de Cali.

Con la apertura y puesta en funcionamiento de esta unidad, desde el proceso de contratación se estructuró y socializó un portafolio de servicios de cirugía gineco-obstétrica, el cual fue ofertado a las diferentes entidades aseguradoras, logrando la formalización de relaciones contractuales bajo la modalidad de evento con las EPS con las que la E.S.E. mantiene vínculo contractual.

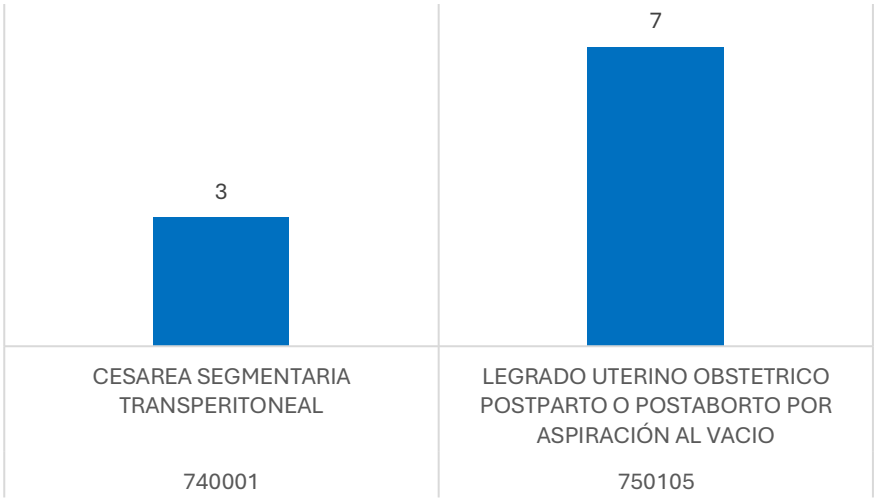
A la fecha, la Red de Salud de Ladera E.S.E. ha realizado procedimientos obstétricos a usuarias afiliadas a EMSSANAR EPS, COOSALUD, NUEVA EPS, SOS, MALLAMAS y ASMET SALUD, lo que evidencia la operatividad del servicio, la adecuada capacidad instalada y la preparación institucional para brindar una atención segura, oportuna y de calidad a esta población.

Gráfico 4: Cantidad de procedimientos realizadas por CUPS y por EAPB 2025 para el régimen subsidiado



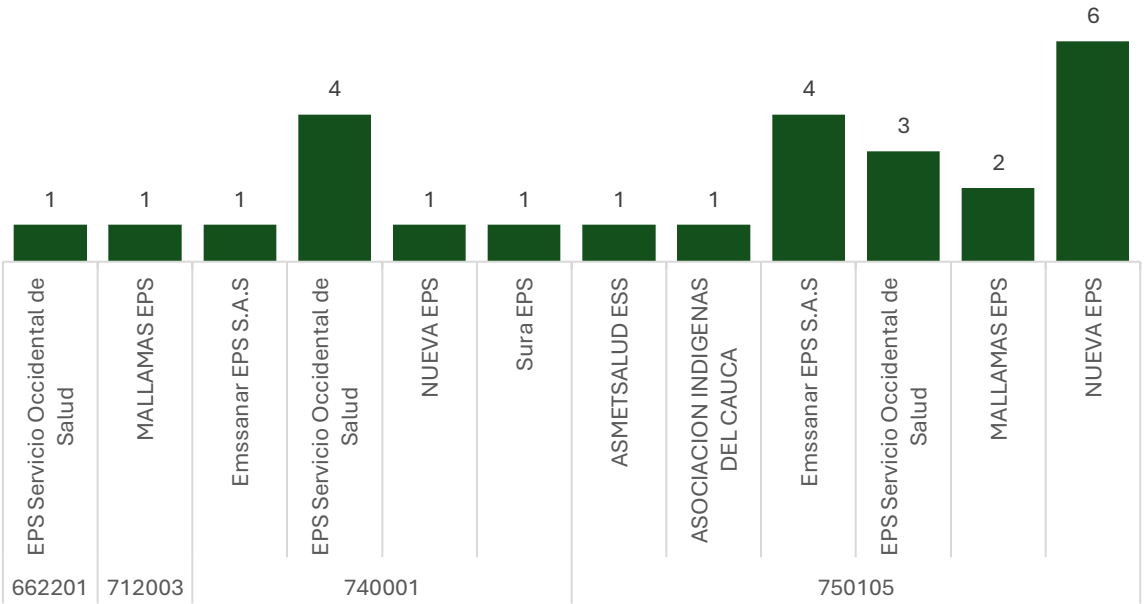
Fuente: Rfast – Elaboración Propia Equipo Contratación Salud 2025

Gráfico 5: Cantidad de procedimientos realizadas por CUPS y por EAPB 2025 para usuarios migrantes no asegurados



Fuente: Rfast – Elaboración Propia Equipo Contratación Salud 2025

Gráfico 6: Cantidad de procedimientos realizadas por CUPS y por EAPB 2025 para usuarios migrantes no asegurados

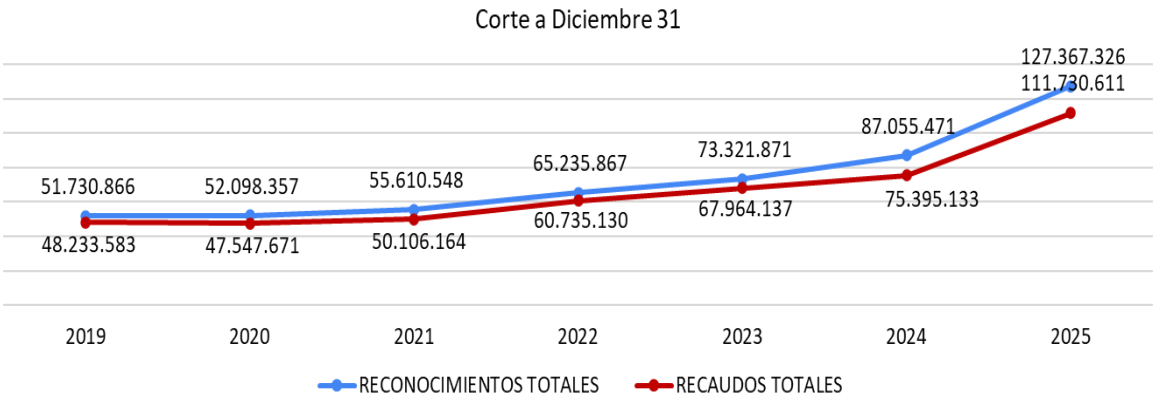


Fuente: Rfast – Elaboración Propia Equipo Contratación Salud 2025

VIGILADO Supersalud

CONDICIONES FINANCIERAS DE LA ENTIDAD

Gráfico 7: Reconocimientos totales vs recaudos totales vigencia 2025



Fuente: Rfast – Elaboración Propia Equipo financiero 2025

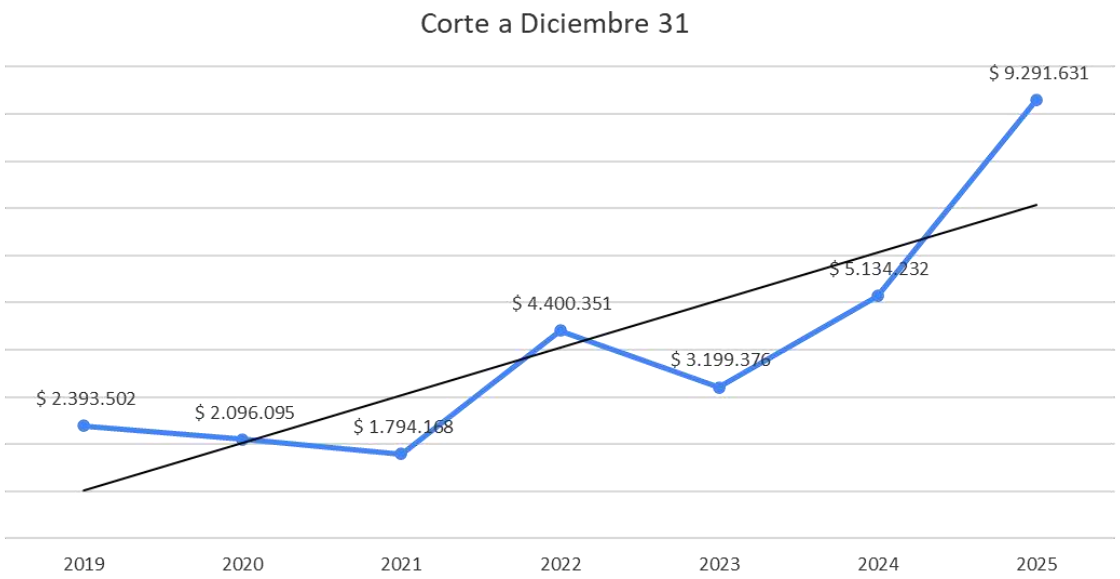
La gráfica 7, evidencia una evolución positiva y sostenida en el comportamiento financiero de la entidad durante el periodo 2019–2025, con un crecimiento particularmente significativo en los últimos años. A lo largo del periodo analizado, se observa una tendencia ascendente tanto en los valores reconocidos como en los recaudos efectivos, lo que refleja un fortalecimiento progresivo de la gestión contractual, la facturación y el recaudo.

Durante las vigencias 2023 y 2024, la tendencia de crecimiento se consolida, destacándose el fortalecimiento del recaudo como resultado de estrategias de seguimiento a la cartera, gestión de cobro y depuración de cuentas, lo cual permitió mejorar la liquidez institucional. Finalmente, en la vigencia 2025 se alcanza el mayor nivel histórico tanto de reconocimientos como de recaudos, con valores que superan los $127 mil millones en reconocimientos y los $111 mil millones en recaudos, evidenciando un desempeño financiero sólido y una capacidad efectiva de convertir los ingresos reconocidos en recursos efectivamente recaudados.

En el marco de la rendición de cuentas 2025, este comportamiento refleja el impacto positivo de las acciones adelantadas por la Red de Salud de Ladera E.S.E. en materia de gestión financiera, control de la cartera, fortalecimiento de los procesos de facturación y seguimiento

contractual, contribuyendo de manera directa a la sostenibilidad financiera de la entidad y al cumplimiento de su misión de garantizar el acceso a servicios de salud oportunos y de calidad para la población del territorio.

Gráfico 8: Recuperación Cartera vigencias anteriores histórico a 2025



Fuente: Rfast – Elaboración Propia Equipo financiero 2025

La gráfica de recuperación de cartera de vigencias anteriores, con corte a 31 de diciembre de 2025, evidencia un comportamiento positivo y una tendencia claramente creciente en la gestión de recaudo de la Red de Salud de Ladera E.S.E. durante el periodo 2019–2025. Si bien se presentan variaciones interanuales, el resultado global refleja un fortalecimiento progresivo de las estrategias de recuperación de cartera histórica.

En los primeros años del periodo analizado, entre 2019 y 2021, la recuperación de cartera muestra valores moderados y algunas fluctuaciones, pasando de aproximadamente $2.394 millones en 2019 a $1.794 millones en 2021, lo que refleja las dificultades propias de la recuperación de cuentas antiguas y los rezagos administrativos acumulados. No obstante, a partir de 2022 se observa un cambio significativo en la tendencia, con un incremento relevante que alcanza cerca de $4.400 millones, resultado de una gestión más activa en conciliaciones, depuración de cuentas y seguimiento a deudores.

Durante la vigencia 2023 se presenta una leve disminución, con una recuperación cercana a $3.199 millones; sin embargo, esta variación no revierte la tendencia general al alza. Por el contrario, en 2024 se retoma el crecimiento, alcanzando aproximadamente $5.134 millones, lo que evidencia la efectividad de las acciones de cobro adelantadas. Finalmente, en 2025 se registra el mayor valor del periodo, con una recuperación cercana a $9.292 millones, consolidando un resultado histórico para la entidad.

En el contexto de la rendición de cuentas 2025, estos resultados demuestran el fortalecimiento de la gestión financiera y del control de la cartera de vigencias anteriores por parte de la Red de Salud de Ladera E.S.E., reflejando una administración más eficiente de los recursos, una mejora en la liquidez institucional y un impacto directo en la sostenibilidad financiera, elementos fundamentales para garantizar la continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.

Gráfico 9: Compromisos, obligaciones y giros en la vigencia 2025



Fuente: Rfast – Elaboración Propia Equipo financiero 2025

La grafica 9, evidencia un comportamiento sólido en la ejecución presupuestal de la Red de Salud de Ladera E.S.E. durante la vigencia 2025, reflejando un adecuado nivel de planeación, control y cumplimiento en las diferentes etapas del ciclo presupuestal. En materia de compromisos, se alcanzó una ejecución del 95%, con un valor comprometido de $103.065.821.252 frente a un presupuesto definitivo de

$108.657.874.893, lo que demuestra una alta capacidad de programación y asignación eficiente de los recursos, orientada al cumplimiento de las necesidades operativas y misionales de la entidad.

En cuanto a las obligaciones, se evidencia una ejecución del 100%, correspondiente a un valor de $103.065.821.252, lo que indica que la totalidad de los compromisos adquiridos fueron debidamente causados, reflejando una gestión administrativa y financiera eficiente, así como un adecuado soporte técnico y contractual para el reconocimiento de las obligaciones. Este resultado da cuenta de un cierre ordenado y responsable de los compromisos asumidos durante la vigencia.

Respecto a los giros, se alcanzó un nivel de ejecución del 89%, con pagos efectuados por $91.832.320.103 frente a obligaciones por $103.065.821.252, lo que evidencia un alto nivel de cumplimiento en la ejecución de pagos y una gestión activa del flujo de caja. La diferencia restante corresponde a obligaciones pendientes de giro al cierre de la vigencia, asociadas a la dinámica normal de los procesos de pago y a la programación financiera de la entidad.

En el marco de la rendición de cuentas 2025, estos resultados reflejan una gestión financiera responsable y eficiente por parte de la Red de Salud de Ladera E.S.E., caracterizada por altos niveles de ejecución presupuestal, cumplimiento de las obligaciones contractuales y una adecuada administración de los recursos públicos, contribuyendo a la sostenibilidad financiera y a la continuidad en la prestación de servicios de salud a la población del territorio.

EJECUCION PRESUPUESTAL

DETALLE	PRESUPUESTO DICIEMBRE 2024	PRESUPUESTO DICIEMBRE 2025	VARIACION EN PESOS	VARIACION %
INGRESOS				
Presupuesto definitivo	79.773	108.658	28.885	36%
Reconocimiento	87.055	127.367	40.312	46%
Recaudos	75.395	111.731	36.336	48%
Cuentas por cobrar	11.660	15.637	3.977	34%
GASTOS				
Compromisos	77.313	103.066	25.753	33%
Obligaciones	77.313	103.066	25.753	33%
Giros	73.440	91.832	18.392	25%
Cuentas por Pagar	3.873	11.234	7.361	190%

Excedente o déficit Reconocimiento	9.742	24.301	14.559	149%
Excedente o déficit Recaudo	-1.918	8.665	10.583	-552%

El comparativo presupuestal entre diciembre de 2024 y diciembre de 2025 evidencia un fortalecimiento significativo de la situación financiera de la Red de Salud de Ladera E.S.E., reflejado tanto en el crecimiento de los ingresos como en la capacidad de ejecución del gasto y la mejora de los resultados fiscales. Durante la vigencia 2025, el presupuesto definitivo de ingresos pasó de $79.773 millones a $108.658 millones, lo que representa un incremento de $28.885 millones, equivalente al 36%, asociado principalmente a una mayor contratación y ampliación de la oferta de servicios.

En coherencia con este crecimiento presupuestal, los reconocimientos aumentaron de $87.055 millones en 2024 a $127.367 millones en 2025, con una variación positiva de $40.312 millones (46%), lo que evidencia un mayor volumen de servicios prestados y facturados. De igual manera, los recaudos registraron un incremento relevante, pasando de $75.395 millones a $111.731 millones, con una variación de $36.336 millones, equivalente al 48%, reflejando una mejora sustancial en la gestión de cobro y en la efectividad del recaudo.

Las cuentas por cobrar también presentaron un aumento del 34%, pasando de $11.660 millones a $15.637 millones, comportamiento que se explica por el mayor nivel de facturación y reconocimiento de ingresos durante la vigencia, manteniéndose dentro de una dinámica coherente con el crecimiento operativo de la entidad.

En el componente de gastos, los compromisos y las obligaciones aumentaron de $77.313 millones en 2024 a $103.066 millones en 2025, lo que representa una variación del 33%, en línea con el incremento de los ingresos y la expansión de la operación institucional. Los giros efectuados pasaron de $73.440 millones a $91.832 millones, con un crecimiento del 25%, evidenciando una adecuada gestión del flujo de caja y del cumplimiento de las obligaciones, aunque con un incremento en las

cuentas por pagar, que ascendieron de $3.873 millones a $11.234 millones, lo cual responde al mayor volumen de operación y a la dinámica normal de cierre de vigencia.

Como resultado de este comportamiento, el excedente por reconocimiento pasó de $9.742 millones en 2024 a $24.301 millones en 2025, con un crecimiento del 149%, reflejando un fortalecimiento significativo del resultado financiero. De igual manera, el excedente o déficit de recaudo presentó una mejora sustancial, pasando de un déficit de $1.918 millones en 2024 a un excedente de $8.665 millones en 2025, lo que representa una variación positiva de $10.583 millones. En el marco de la rendición de cuentas 2025, estos resultados evidencian una gestión financiera sólida y eficiente por parte de la Red de Salud de Ladera E.S.E., caracterizada por un crecimiento sostenido de los ingresos, una adecuada ejecución del gasto y una mejora significativa en los indicadores de recaudo y resultado financiero, contribuyendo de manera directa a la sostenibilidad y estabilidad económica de la entidad.

BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS

El Estado de Situación Financiera Individual con corte a diciembre de 2025 evidencia un fortalecimiento significativo de la posición financiera de la Red de Salud de Ladera E.S.E., reflejado en el crecimiento sostenido de sus activos totales, que pasaron de $75.551 millones en diciembre de 2024 a $104.076 millones en diciembre de 2025, lo que representa una variación positiva de $28.525 millones. Este incremento está asociado principalmente al aumento del activo corriente, el cual se incrementó en $27.157 millones, consolidando una mejor capacidad de liquidez y respaldo para el desarrollo de la operación institucional.

Dentro del activo corriente, se destaca el comportamiento del efectivo y equivalentes al efectivo, que aumentaron de $2.728 millones en 2024 a $20.592 millones en 2025,

reflejando una mejora sustancial en la gestión del recaudo, la recuperación de cartera y el manejo del flujo de caja. Asimismo, las cuentas por cobrar corrientes presentaron un incremento neto de $4.306 millones, impulsado principalmente por el crecimiento en la prestación de servicios de salud y el mayor volumen de facturación, especialmente en el componente de servicios de salud, coherente con la expansión de la operación durante la vigencia.

Estado de Situación Financiera Individual (Cifras 2025 sujetas a modificaciones por cierre del ejercicio)

CODGIO	DESCRIPCION	DICIEMBRE 2023	DICIEMBRE 2024	DICIEMBRE 2025-	VAR
	ACTIVO	**76.451.761.137**	**75.551.041.393**	**104.075.522.412**	**28.524.481.018**
	ACTIVO CORRIENTE	**20.856.596.365**	**18.680.266.195**	**45.837.134.245**	**27.156.868.050**
11	EFECTIVO Y EQUIVALENTE AL EFECTIVO	2.314.880.570	2.727.947.620	20.592.104.962	17.864.157.342
1105	Caja	6.253.574	3.740.619	2.894.690	-845.929
1110	Depósitos en instituciones financieras	2.308.626.996	2.724.207.001	20.589.210.272	17.865.003.271
13	CUENTAS POR COBRAR	15.054.761.000	12.433.503.052	16.739.168.759	4.305.665.706
1319	Prestación de servicios de salud	5.114.334.644	10.773.174.439	15.611.893.485	4.838.719.046
1324	Subvenciones por cobrar	8.915.135.564	0	0	0
1338	Sentencias, laudos arbitrales y	38.896.772	0	0	0
1384	Otras cuentas por cobrar	986.394.020	1.660.328.613	1.127.275.273	-533.053.340
1386	Deterioro acumulado de cuentas por cobrar				0
15	**INVENTARIOS**	**996.596.533**	**927.292.303**	**1.574.021.712**	**646.729.408**
1514	Materiales y suministros	996.596.533	927.292.303	1.574.021.712	646.729.408
19	**OTROS ACTIVOS**	**2.490.358.263**	**2.591.523.219**	**6.931.838.812**	**4.340.315.593**
1902	Plan de activos para beneficios	1.958.795.202	1.982.152.549	2.264.799.170	282.646.622
1905	Bienes y servicios pagados por anticipado	0	0	3.998.744.000	3.998.744.000
1906	Anticipo para adquisición de Bienes y Servicios	0	0	0	0
1908	Recursos entregados en administración	531.563.061	609.370.671	668.295.642	58.924.971
	ACTIVO NO CORRIENTE	**55.595.164.772**	**56.870.775.198**	**58.238.388.167**	**1.367.612.968**
13	**CUENTAS POR COBRAR**	**4.889.856.429**	**4.404.029.370**	**5.253.188.641**	**849.159.271**
1385	Cuentas por cobrar de difícil recaudo	5.983.481.272	5.768.869.540	7.305.288.022	1.536.418.481

1386	Deterioro acumulado de cuentas por cobrar	-1.093.624.843	-1.364.840.170	-2.052.099.381	-687.259.211
16	**PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO**	**50.690.689.504**	**52.459.436.585**	**52.985.199.526**	**525.762.941**
1605	Terrenos	4.437.028.514	4.437.028.514	4.437.028.514	0
1615	Construcciones en curso	4.854.626.767	0	0	0
1635	Bienes muebles en bodega	347.298.838	0	0	0
1640	Edificaciones pendientes de legalizar	37.462.820.247	44.893.001.442	46.271.961.715	1.378.960.273
1645	Plantas ductos y túneles	1.206.018.990	1.206.018.990	1.206.018.990	0
1655	Maquinaria y Equipo	170.835.089	177.412.702	204.349.994	26.937.292
1660	Equipo Médico Científico	15.486.022.084	16.705.260.233	17.367.568.565	662.308.332
1665	Muebles y Enseres y Equipo de Oficina	3.561.809.295	3.897.276.378	4.091.184.817	193.908.439
1670	Equipo de Comunicación y Computación	3.491.005.703	3.903.636.211	4.565.288.635	661.652.424
1675	Equipo de transporte tracción	35.108.410	74.265.000	564.255.000	489.990.000
1680	Equipo de comedor	156.594.668	187.478.548	187.478.548	0
1685	Depreciación Acumulada	-20.518.479.101	-23.021.941.435	-25.909.935.253	-2.887.993.819
19	**OTROS ACTIVOS**	**14.618.839**	**7.309.243**	**0**	**-7.309.243**
1970	Activos intangibles	120.000.000	120.000.000	171.050.822	51.050.822
1975	Amortización acumulada de activos intangibles (cr)	-105.381.161	-112.690.757	-171.050.822	-58.360.065

Los inventarios también mostraron un comportamiento positivo, con un aumento de $646 millones, asociado al fortalecimiento de la capacidad operativa y al abastecimiento de materiales e insumos necesarios para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios. De igual manera, otros activos corrientes registraron un incremento significativo, explicado principalmente por bienes y servicios pagados por anticipado, lo cual responde a una planeación financiera orientada a asegurar la operación futura.

En cuanto al activo no corriente, se observa un crecimiento moderado de $1.368 millones, destacándose el incremento en las cuentas por cobrar de difícil recaudo, producto de la reclasificación de cartera y del reconocimiento contable conforme a criterios de antigüedad y riesgo, así como el fortalecimiento de la propiedad, planta y equipo, particularmente en el componente de equipo médico-científico, maquinaria y

equipo, muebles y equipos tecnológicos, lo que evidencia inversiones orientadas a mejorar la capacidad instalada y la calidad de los servicios de salud. Este crecimiento se presenta pese al efecto de la depreciación acumulada, la cual aumentó como resultado natural del uso y desgaste de los activos.

En el componente de otros activos no corrientes, se registra un incremento en los activos intangibles, asociado principalmente a desarrollos tecnológicos y sistemas de información, fundamentales para el fortalecimiento de los procesos administrativos, asistenciales y de gestión institucional. Con una posición patrimonial sólida, mayor liquidez, fortalecimiento de su capacidad operativa y una gestión financiera responsable, orientada a garantizar la sostenibilidad institucional y la continuidad en la prestación de servicios de salud con calidad y oportunidad para la población atendida por la Red de Salud de Ladera E.S.E.

CODIGO	DESCRIPCION	DICIEMBRE 2023	DICIEMBRE 2024	DICIEMBRE 2025-	VAR
	PASIVO	**16.237.404.226**	**10.198.130.620**	**37.157.216.957**	**26.959.086.337**
	PASIVO CORRIENTE	**11.571.344.262**	**5.900.067.356**	**32.663.007.216**	**26.762.939.861**
24	**CUENTAS POR PAGAR**	**1.171.792.468**	**4.189.912.336**	**11.423.327.522**	**7.233.415.186**
2401	Adquisición de bienes y servicios nacionales	0	1.786.765.149	7.808.801.480	6.022.036.331
2407	Recursos a favor de terceros	924.068.454	593.829.691	524.306.216	-69.523.474
2424	Descuentos de nómina	0	61.381.359	59.147.953	-2.233.406
2436	retención en la fuente	247.724.014	388.376.036	490.394.987	102.018.951
2440	Cuota de Fiscalización y Auditaje	0	0	0	0
2490	Otras cuentas por pagar	0	1.359.560.101	2.540.676.885	1.181.116.785
25	**BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS**	**911.431.583**	**1.381.691.903**	**1.595.524.000**	**213.832.097**
2511	Beneficios a empleados a corto plazo	911.431.583	1.381.691.903	1.595.524.000	213.832.097
27	**PROVISIONES**	**0**	**0**	**0**	**0**
2701	Litigios y demandas	0	0	0	0
29	**OTROS PASIVOS**	**9.488.120.211**	**328.463.117**	**19.644.155.694**	**19.315.692.577**
2901	Avances y anticipos recibidos	40.890.531	0	0	0
2910	Ventas de servicios de salud	0	0	0	0
2990	Otros pasivos diferidos	9.447.229.680	328.463.117	19.644.155.694	19.315.692.577
	PASIVO NO CORRIENTE	**4.666.059.964**	**4.298.063.264**	**4.494.209.740**	**196.146.476**
25	**BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS**	**779.806.044**	**609.192.600**	**695.339.076**	**86.146.476**

2512	Beneficios a empleados a largo plazo	779.806.044	609.192.600	695.339.076	86.146.476
27	**PROVISIONES**	**3.886.253.920**	**3.688.870.664**	**3.798.870.664**	**110.000.000**
2701	Litigios y demandas	3.886.253.920	3.688.870.664	3.798.870.664	110.000.000
3	**PATRIMONIO**	**60.214.356.911**	**65.352.910.773**	**66.918.305.455**	**1.565.394.682**
32	**PATRIMONIO DE LAS EMPRESAS**	**60.214.356.911**	**65.352.910.773**	**66.918.305.455**	**1.565.394.682**
3208	Capital fiscal	36.692.903.821	36.692.903.821	41.831.457.683	5.138.553.862
3225	Resultado de ejercicios anteriores	15.921.632.187	23.521.453.091	23.521.453.091	0
3230	Resultado del ejercicio	7.599.820.904	5.138.553.861	1.565.394.680	-3.573.159.181
	TOTAL PASIVOS MAS PATRIMONIO	**76.451.761.137**	**75.551.041.393**	**104.075.522.412**	**28.524.481.019**

En el componente de pasivo y patrimonio, se evidencia una evolución favorable en la estructura financiera de la Red de Salud de Ladera E.S.E., coherente con el crecimiento operativo y el fortalecimiento institucional observado durante la vigencia. El total de pasivos pasó de $10.198 millones en diciembre de 2024 a $37.157 millones en diciembre de 2025, lo que representa un incremento de $26.959 millones, asociado principalmente al aumento del pasivo corriente, el cual se incrementó en $26.763 millones.

Dentro del pasivo corriente, se destaca el crecimiento de las cuentas por pagar, que pasaron de $4.189 millones en 2024 a $11.423 millones en 2025, reflejando la dinámica normal del cierre de vigencia y el mayor volumen de operación. Asimismo, las obligaciones por adquisición de bienes y servicios nacionales aumentaron de $1.787 millones a $7.809 millones, lo cual está directamente relacionado con el fortalecimiento de la capacidad operativa y la ejecución de mayores procesos contractuales para garantizar la prestación de los servicios de salud. Los acreedores a favor de terceros presentaron una disminución de $400 millones, evidenciando procesos de depuración y pago oportuno de obligaciones.
Por su parte, los descuentos de nómina se redujeron frente a la vigencia anterior, mientras que la retención en la fuente mostró un incremento, consistente con el mayor nivel de contratación y ejecución presupuestal. Las otras cuentas por pagar presentaron un aumento significativo, asociado a ajustes contables y al reconocimiento de obligaciones propias del cierre fiscal.

En el componente de otros pasivos, se evidencia un incremento importante en los ingresos recibidos por anticipado, los cuales pasaron de $328 millones en 2024 a $19.644 millones en 2025, principalmente por anticipos relacionados con la venta de servicios de salud, lo que refleja una mayor contratación y una mejora en el flujo de recursos hacia la entidad.

En cuanto al pasivo no corriente, se observa un crecimiento moderado de $196 millones, concentrado principalmente en los beneficios a los empleados a largo plazo y en las provisiones, lo que evidencia el reconocimiento responsable de obligaciones laborales y contingencias, fortaleciendo la transparencia y el cumplimiento normativo.

El patrimonio de la entidad también presenta un crecimiento significativo, pasando de $65.353 millones en 2024 a $66.918 millones en 2025, con una variación positiva de $1.565 millones. Este comportamiento está explicado principalmente por el incremento del capital fiscal, que aumentó en $5.139 millones, compensado parcialmente por la disminución del resultado del ejercicio frente a la vigencia anterior. No obstante, el patrimonio continúa reflejando una posición sólida, que respalda el crecimiento del activo y el cumplimiento de las obligaciones de la entidad.

En el marco de la rendición de cuentas 2025, este comportamiento del pasivo y patrimonio evidencia una gestión financiera responsable, orientada a soportar la expansión operativa de la Red de Salud de Ladera E.S.E., manteniendo el equilibrio patrimonial, el cumplimiento de las obligaciones y la sostenibilidad financiera de la entidad en el corto y largo plazo.

Indicadores Financieros (Cifras 2025 sujetas a modificaciones por cierre del ejercicio)

INDICADORES FINANCIEROS	DICIEMBRE 2023	DICIEMBRE 2024	DICIEMBRE 2025-
Razón corriente	1,80	3,17	1,40
Prueba acida	1,72	3,01	1,36
Razón de solvencia	4,71	7,41	2,80
Endeudamiento total	21,24%	13,50%	35,70%
Endeudamiento a corto plazo	71,26%	57,85%	87,90%
Capital de trabajo	9.285.252.104	12.780.198.839	13.174.127.028

El análisis de los indicadores financieros de la Red de Salud de Ladera E.S.E. con corte a diciembre de 2025 evidencia cambios relevantes en la estructura financiera de la entidad, coherentes con el crecimiento operativo y el incremento en el volumen de contratación y ejecución presupuestal durante la vigencia.

La razón corriente pasó de 3,17 en diciembre de 2024 a 1,40 en diciembre de 2025. Si bien este indicador presenta una disminución, se mantiene por encima de 1, lo que indica que la entidad conserva la capacidad para cubrir sus obligaciones de corto plazo con los activos corrientes disponibles. La reducción está asociada principalmente al aumento del pasivo corriente, derivado del mayor nivel de operación y del reconocimiento de obligaciones al cierre de la vigencia.

De manera similar, la prueba ácida disminuyó de 3,01 en 2024 a 1,36 en 2025, reflejando que, aun excluyendo los inventarios, la Red de Salud de Ladera E.S.E. cuenta con liquidez suficiente para atender sus compromisos inmediatos. Este comportamiento es consistente con el fortalecimiento de la operación y el uso intensivo de los recursos durante la vigencia 2025.

La razón de solvencia presentó una variación importante, pasando de 7,41 en 2024 a 2,80 en 2025. Aunque se observa una disminución, este indicador continúa reflejando una estructura patrimonial sólida, con activos suficientes para respaldar el total de las obligaciones, lo que evidencia estabilidad financiera en el mediano y largo plazo.

El nivel de endeudamiento total aumentó de 13,50% en 2024 a 35,70% en 2025, como resultado del incremento del pasivo asociado a la expansión de la operación, el mayor volumen de contratación y el fortalecimiento de la capacidad instalada. No obstante, este nivel de endeudamiento se mantiene en rangos manejables y acordes con la dinámica de crecimiento institucional. Por su parte, el endeudamiento a corto plazo pasó de 57,85% a 87,90%, lo que indica una mayor concentración de obligaciones en el corto plazo, situación que exige un seguimiento permanente al flujo de caja y a la gestión del recaudo.

Finalmente, el capital de trabajo mostró una evolución positiva, pasando de $12.780 millones en 2024 a $13.174 millones en 2025, lo que evidencia que, pese al aumento de las obligaciones, la entidad mantiene un margen positivo de recursos para financiar su operación diaria.

Estado de Resultados Integral

(Cifras 2025 sujetas a modificaciones por cierre del ejercicio)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	DICIEMBRE 2023	DICIEMBRE 2 024	Var %	DICIEMBRE 2 025	Var %
	INGRESOS OPERACIONALES					
43	VENTA DE SERVICIO					
4312	Servicios de Salud					
431208	Urgencias - consultas y procedimientos	1.069.103.960	1.380.793.278	29%	1.437.490.592	4%
431217	Ambulatorios- consulta externa y procedimientos	518.809.622	501.325.131	-3%	1.160.764.727	132%
431218	Servicios ambulatorios consulta especializada	725.158.002	920.122.196	27%	1.670.717.756	82%
431219	Servicios ambulatorios- Salud oral	356.283.228	353.916.382	-1%	420.464.458	19%
431220	Servicios ambulatorios - promoción y prevención	6.532.462.886	10.066.105.095	54%	9.128.965.309	-9%
431221	Servicios ambulatorios- Otras actividades extramurales	2.835.356	0	-100 %		100%
431227	hospitalización - Estancia	128.945.641	84.611.866	-34%	85.695.462	1%
431237	Quirófanos y salas de parto - Salas de parto	194.262.176	198.044.461	2%	500.556.009	153%
431246	Apoyo Diagnostico- Laboratorio clínico	1.420.524.374	2.012.651.744	42%	3.051.471.752	52%
431247	Apoyo diagnostico- imagenología	71.674.729	108.820.017	52%	216.977.713	99%
431249	Otras Unidades de Apoyo Diagnostico	0	13.289.671	100 %	50.808.137	282%
431256	Apoyo terapéutico - Rehabilitación y terapias	202.742.420	352.299.152	74%	679.070.681	93%
431262	Apoyo terapéutico - Farmacias e insumos hospitalarios	146.194.483	20.032.381	-86%	131.959.757	559%
431296	Servicios de salud con el mecanismo de pago por capitación	19.748.511.733	38.041.328.819	93%	59.119.212.000	55%
431297	Servicios de salud con mecanismo PGP	30.196.098.156	15.104.218.069	-50%	0	-100%
4395	Devoluciones rebajas y descuentos en venta de servicios (DB)	-2.679.706	-1.108.776	-59%	-8.444.719	662%
439512	Servicios de Salud	-2.679.706	-1.108.776	-59%	-8.444.719	662%
	TOTAL VENTA DE SERVICIOS	61.310.927.060	69.156.449.486	13%	77.645.709.634	12%
63	COSTOS DE VENTAS					
6310	Servicios de Salud					

631001	Ugencias - consultas y procedimientos	7.399.391.923	7.651.896.386	3%	8.204.463.712	7%
631015	Servicio ambulatorio consulta externa y procedimientos	8.529.226.978	11.208.255.431	31%	15.221.788.778	36%
631016	Servicios ambulatorios consulta especializada	1.590.231.930	938.671.339	-41%	1.488.240.485	59%
631017	Servicios ambulatorios -salud oral	4.638.986.927	5.467.433.868	18%	5.913.680.463	8%
631018	Servicios ambulatorios - Actividades de promoción y prevención	19.110.339.017	20.618.795.995	8%	24.152.790.525	17%
631019	Servicios ambulatorios - otras actividades extramurales	83.976.350	87.654.944	4%	88.963.504	1%
631025	Hospitalización- Estancia general	1.069.041.748	983.568.655	-8%	1.268.621.286	29%
631036	Quiròfano y sala de partos - Salas de parto	1.236.460.816	1.113.508.060	-10%	1.551.535.475	39%
631040	Apoyo diagnòstico - Laboratorio clínico	4.695.693.914	5.058.206.984	8%	5.463.772.810	8%
631041	Apoyo diagnostico - imagenologia	1.452.915.579	1.581.738.875	9%	1.952.607.914	23%
631050	Apoyo Terapeutico, rehabilitaciòn y terapias	1.099.760.546	1.126.434.529	2%	1.039.143.239	-8%
631056	Apoyo terapeutico -Farmacia e insumos hospitalarios	276.854.610	740.757.301	168%	1.645.613.197	122%
	TOTAL COSTOS DE VENTAS	51.182.880.338	56.576.922.369	11%	67.991.221.389	20%
	UTILIDAD O PERDIDA BRUTA	10.128.046.722	12.579.527.118	24%	9.654.488.244	-23%

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	DICIEMBRE 2023	DICIEMBRE 2 024	Var %	DICIEMBRE 2 025	Var %
	GASTOS OPERACIONALES					
51	GASTOS DE ADMINISTRACION	7.994.809.775	10.919.639.499	37%	12.412.893.519	14%
5101	SUELDOS Y SALARIOS	1.561.224.099	1.797.897.450	15%	2.030.316.365	13%
510101	Sueldos	1.505.550.432	1.739.107.299	16%	1.947.297.453	12%
510119	Bonificaciones	55.673.668	58.790.151	6%	83.018.912	41%
5102	CONTRIBUCIONES IMPUTADAS					
510201	Incapacidades	618.798	2.104.330	240%	1.183.340	-44%
	TOTAL CONTRIBUCIONES IMPUTADAS	618.798	2.104.330	240%	1.183.340	-44%
5103	CONTRIBUCIONES EFECTIVAS					
510302	Aportes a cajas de compensación	92.286.197	165.768.545	80%	204.017.800	23%
510303	Cotizaciones a seguridad social en salud	141.216.878	157.610.454	12%	173.588.400	10%
510305	Cotizaciones a riesgos laborales	6.530.500	44.019.000	574%	57.030.400	30%
510390	Otras contribuciones efectivas	199.414.132	222.774.782	12%	243.575.752	9%
	TOTAL CONTRIBUCIONES	439.447.707	590.172.781	34%	678.212.352	15%
5104	APORTES SOBRE LA NOMINA					
510401	Aportes al ICBF	53.939.600	61.323.900	14%	67.448.500	10%
510402	Aportes al SENA	36.019.300	40.986.480	14%	45.952.900	12%

	TOTAL APORTES SOBRE LA NOMINA	89.958.900	102.310.380	14%	113.401.400	11%
5107	PRESTACIONES SOCIALES					
510701	Vacaciones	106.369.346	126.251.378	19%	137.751.074	9%
510702	Cesantías	164.717.723	174.914.087	6%	198.171.726	13%
510703	Intereses a las Cesantías	17.071.975	15.534.731	-9%	21.625.255	39%
510704	Prima de vacaciones	76.466.582	95.000.941	24%	103.139.679	9%
510705	Prima de navidad	148.454.713	161.479.737	9%	182.509.027	13%
510706	Prima de servicios	72.892.537	83.062.652	14%	89.770.653	8%
	TOTAL PRESTACIONES SOCIALES	585.972.875	656.243.527	12%	732.967.414	12%
5108	GASTOS PERSONAL DIVERSOS					
510801	Remuneración servicios	2.473.401.944	3.033.399.852	23%	3.914.025.493	29%
510803	Capacitación, bienestar social y estímulos	63.740.000	115.137.096	81%	225.234.686	96%
510804	Dotación y suministro a trabajadores	13.437.480	0	-100%	0	100%
510810	Viáticos	6.298.423	0	-100%	1.174.107	100%
510890	Otros gastos de personal diversos	0	0	100%	0	100%
	TOTAL GASTOS DE PERSONAL DIVERSOS	2.556.877.847	3.148.536.948	23%	4.140.434.286	32%

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	DICIEMBRE 2023	DICIEMBRE 2 024	Var %	DICIEMBRE 2 025	Var %
5111	GENERALES					
511110	Gastos de Asociación	0	6.500.000	100%	15.373.800	137%
511113	Vigilancia y seguridad	2.694.900	0	-100%	0	100%
511115	Mantenimiento	153.546.854	96.787.047	-37%	56.285.147	-42%
511117	Servicios públicos	138.846.030	148.305.552	7%	112.446.591	-24%
511118	Arrendamiento operativo	542.960.210	466.715.306	-14%	446.951.992	-4%
511119	viáticos y gastos de viaje	0	12.681.990	100%	8.183.928	-35%
511120	Publicidad y propaganda	3.685.000	22.304.200	505%	0	-100%
511121	impresos, publicaciones, suscripciones y afiliaciones	6.342.500	8.054.450	27%	10.612.595	32%
511122	Fotocopias	164.000	151.400	-8%	160.000	6%
511123	Comunicación y transporte	178.986.647	187.921.148	5%	203.502.651	8%
511125	Seguros generales	247.643.315	306.159.085	24%	419.602.664	37%
511127	promoción y divulgación					
511132	Diseños y Estudios	0	909.012.437	100%	375.350.047	-59%
511149	Servicios de aseo, cafetería restaurante y lavandería	99.825.716	167.875.425	68%	175.357.061	4%
511154	Organización de eventos	37.795.000	50.051.400	32%	0	-100%
511163	Contratos de Aprendizaje	425.500	824.400	94%	265.900	-68%

511164	Gastos Legales	97.965.669	10.061.550	-90%	2.589.785	-74%
511165	Intangibles	0	2.089.521	100%	2.197.692	5%
511179	Honorarios	569.607.582	900.414.101	58%	1.215.890.538	35%
511190	Otros gastos	611.331.735	1.263.494.374	107%	1.615.126.264	28%
	TOTAL GASTOS GENERALES	2.691.820.658	4.559.403.386	69%	4.659.896.655	2%
5120	Impuestos					
512002	Cuota de fiscalización	8.359.781	12.001.913	44%	10.539.744	-12%
512010	Tasas	0	810.933	100%	0	-100%
512011	IMPUESTO SOBRE VEHICULOS AUTOMOTORES	0	496.000	100%	0	-100%
512017	Intereses de mora	0	0	100%	0	100%
512026	Contribuciones	60.529.109	49.661.851	-18%	43.568.563	-12%
512027	Licencias					
512035	Estampillas		0	100%	2.373.400	100%
	TOTAL IMPUESTOS	68.888.890	62.970.697	-9%	56.481.707	-10%

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	DICIEMBRE 2023	DICIEMBRE 2 024	Var %	DICIEMBRE 2 025	Var %
53	DETERIORO, DEPRECIACION, AMORTIZACIONES Y PROVISIONES	1.849.947.109	1.927.397.330	4%	2.768.445.525	44%
5347	DETERIORO DE CUENTAS POR COBRAR					
534709	Prestación de servicios de salud	470.922.941	557.239.812	18%	1.029.566.863	85%
534710	Otras cuentas por cobrar	0	3.357.215	100%	5.180	-100%
	TOTAL DETERIORO DE CUENTAS POR COBRAR	470.922.941	560.597.027	19%	1.029.572.043	84%
5360	DEPRECIACION DE PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO					
536001	Edificaciones	668.940.413	711.540.427	6%	869.992.032	22%
536002	Plantas, ductos y túneles	104.054.992	59.238.723	-43%	69.382.727	17%
536004	Maquinaria y equipo	5.221.807	17.041.416	226%	8.985.626	-47%
536005	Equipo médico científico	335.192.909	271.374.251	-19%	267.335.302	-1%
536006	Muebles, enseres y equipo de oficina	99.441.947	107.742.116	8%	114.715.852	6%
536007	Equipo de comunicación y computación	79.937.709	172.122.929	115%	191.167.540	11%
536008	Equipo de transporte y tracción	0	6.244.635	100%	7.797.600	25%
536009	Equipo de comedor y cocina	78.924.786	12.311.221	-84%	10.036.738	-18%
	TOTAL DEPRECIACION	1.371.714.564	1.357.615.719	-1%	1.539.413.418	13%
5366	AMORTIZACIONES DE ACTIVOS INTANGIBLES					
536605	Licencias	7.309.604	7.309.596	0%	58.360.065	698%

	TOTAL AMORTIZACIONES DE ACTIVOS INTANGIBLES	7.309.604	7.309.596	0%	58.360.065	698%
5368	PROVISION LITIGIOS Y DEMANDAS					
536803	Administrativas	0	1.874.987	100%	141.100.000	#####
	TOTAL, PROVISION LITIGIOS Y DEMANDAS	0	1.874.987	100%	141.100.000	#####
	EXCEDENTES O DEFICIT OPERACIONAL	283.289.838	-267.509.711	-194%	-5.526.850.800	100%
	OTROS INGRESOS	8.296.467.384	12.968.595.012	56%	20.211.350.469	56%
44	TRANSFERENCIAS Y SUBVENCIONES					
4430	SUBVENCIONES					
443005	Para proyectos	6.665.730.104	11.497.159.818	72%	4.418.734.000	-62%
443090	OTRAS SUBVENCIONES	0	0	100%	14.559.884.945	100%
	TOTAL TRANSFERENCIAS	6.665.730.104	11.497.159.818	72%	18.978.618.945	65%
48	OTROS INGRESOS EXTRAORDINARIOS					
4802	FINANCIEROS					
480201	Intereses sobre depositos en instituciones financieros	204.409.264	117.957.358	-42%	42.883.591	-64%
480204	Intereses de fondo de uso restringido	0		100%	462.269	100%
480232	Rendimientos sobre recursos entregados en administracion	430.586.454	386.812.345	-10%	376.905.193	-3%
	TOTAL FINANCIEROS	634.995.718	504.769.704	-21%	420.251.054	-17%

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	DICIEMBRE 2023	DICIEMBRE 2 024	Var %	DICIEMBRE 2 025	Var %
4808	INGRESOS DIVERSOS					
480809	Excedentes Financieros	59.595.404	0	-100%	100	100%
480817	Arrendamiento operativo	33.397.520	17.174.002	-49%	60.709.095	253%
480825	Sobrantes	921.834	6.571.837	613%	5.307.475	-19%
480826	Recuperaciones			100%	1.100.000	100%
480827	Aprovechamientos	178.169.885	135.426	-100%	440.142	225%
480828	Indemnizaciones	0	25.111.730	100%	27.727.381	10%
480856	Ganancia por la liquidación final de beneficios	16.839.327	160.524.389	853%	0	-100%
480890	Otros ingresos diversos	498.985.358	296.077.628	-41%	343.783.445	16%
	TOTAL INGRESOS EXTRAORDINARIOS	787.909.327	505.595.012	-36%	439.067.639	-13%
4830	REVERSION DE LAS PERDIDAS POR DETERIORO DE VALOR					
483002	Cuentas por cobrar	207.832.235	289.381.700	39%	342.312.832	18%
483006	Propiedades, planta y equipo					

4831	REVERSION DE PROVISIONES	0	171.688.778	100%	31.100.000	-82%
483101	REVERSION PROVISIONES LITIGIOS Y DEMANDAS	0	171.688.778	100%	31.100.000	-82%
	TOTAL REVERSION DE LAS PERDIDAS POR DETERIORO POR DETERIORO DE VALOR	207.832.235	461.070.478	122%	373.412.832	-19%
58	OTROS GASTOS					
5802	COMISION	12.156	0	-100%	272.072	100%
580240	Comisiones servicios financieros	12.156	0	-100%	272.072	100%
	TOTAL COMISIONES					
5804	FINANCIEROS					
580423	Pérdida por baja de cuentas por cobrar	353.601.584	226.900.862	-36%	59.987.376	-74%
580440	Intereses sobre depositos	159.340.032	145.746.606	-9%	115.724.711	-21%
580490	Otros gastos financieros	4.767.094	4.292.955	-10%	4.194.076	-2%
	TOTAL GASTOS FINANCIEROS	517.708.710	376.940.423	-27%	179.906.163	-52%
5890	GASTOS DIVERSOS					
589012	Sentencias	0	0	100%	32.569.830	100%
589017	Pérdida en siniestros					
589019	Pérdida por baja en cuentas de activos no financieros	34.746.611	317.494	-99%	715.214	125%
589025	Multas y sanciones	0	0	100%	0	100%
589090	Otros gastos diversos	321.683.826	7.074.862.099	####%	12.558.567.253	78%
	TOTAL GASTOS DIVERSOS	356.430.437	7.075.179.592	####%	12.591.852.297	78%
5895	DEVOLUCIONES, REBAJAS Y DESCUENTOS EN VENTA DE SERVICIOS					
589509	Servicios de salud	105.785.016	110.411.425	4%	347.074.457	214%
	TOTAL GASTOS DIVERSOS	105.785.016	110.411.425	4%	347.074.457	214%
	TOTAL OTROS GASTOS	979.936.319	7.562.531.440	672%	13.119.104.989	73%
	EXCEDENTES O DEFICIT DEL EJERCICIO	7.599.820.904	5.138.553.861	-32%	1.565.394.681	-70%

4. SATISFACCIÓN DE USUARIOS

Al cierre del año 2025, en la prestación de servicios de salud de las IPS de la ESE, se recibieron 1.232 PQRSF, evidenciando una participación activa de los usuarios en los canales de atención. El tipo de requerimiento con mayor volumen fue Peticiones, con 641 registros, lo que representa el 52 % del total, reflejando una alta demanda de información, trámites o solicitudes de servicio.

En segundo lugar, se ubicaron los Reclamos con 227 casos (18 %), seguidos por las Quejas, que alcanzaron 191 registros (15 %), lo que demanda acciones de mejora en la prestación del servicio y en los procesos internos.

Las Felicitaciones sumaron 146 casos (12 %), lo que evidencia reconocimiento por parte de los usuarios hacia la gestión y atención brindada. Finalmente, las Sugerencias representaron 27 registros (2 %), aportando insumos valiosos para el fortalecimiento continuo de la entidad.

La Red de Salud de Ladera dispone de los siguientes canales para recibir las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones por parte de los usuarios.

CANALES DE INGRESO PQRSF	MODO DE CONTACTO
PRESENCIAL:	Oficinas de Atención al Usuario: Ubicadas en las **7 IPS Cabeceras adscritas** (Siloe,Cañaveralejo,Terron Colorado, Montebello, Melendez, Primero de Mayo, Buitrera) **Ventanilla Única** (Sede Administrativa Calle 5C # 39-51 Tequendama) **Horario:** lunes a jueves, de 7:00 a.m. a 5:00 p.m Viernes 7:00am a 4:00pm
CORREO ELECTRONICO:	**PQRSF** Correro Institucional: pqrsd@saludladera.gov.co **Ventanilla Única:** www.ventanillaunica@saludladera.gov.co
BUZONES DE SUGERENCIAS:	**Ubicados en las 37 IPS de la Red de Salud de Ladera E.S.E** : El usuario diligencia el formato y lo deposita en el buzón de sugerencia ubicado en cada servicio.
PÁGINA WEB:	**Formulario Web disponible** en: www.saludladera.gov.co Ubicando el icono *Atención y Servicios a la ciudadanía y dar clic en el punto 2.4.3.3 PQRSF (Registrar / Consultar)
REDES SOCIALES:	**Facebook -Instagram- Cuenta X** (Mensajes Directos)
TELEFÓNICO:	**Linea Gratuita:** 602 608 0124 / 602 893 7701 **Horario:** lunes a jueves, de 7:00 a.m. a 5:00 p.m Viernes 7:00am a 4:00pm

El presente informe se elabora tomando como referencia lo establecido en el documento PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE MANIFESTACIONES (PQRSF-D)

EDU-SAU-poe-001, en el cual se definen las características de calidad y los atributos asociados a las causas o motivos de las PQRSF gestionadas por la entidad.

En concordancia con dicho procedimiento, el análisis que se presenta a continuación se fundamenta en estas definiciones, con el propósito de asegurar la correcta clasificación, evaluación y seguimiento de las manifestaciones recibidas, garantizando así la coherencia con los lineamientos institucionales y el cumplimiento de los criterios de calidad establecidos.

Manifestaciones por atributos de calidad en la atención en salud:	
ATRIBUTO DE CALIDAD	**SUBATRIBUTOS (categorías de clasificación de manifestaciones)**
Accesibilidad	• Disponibilidad de citas y horarios • Accesibilidad geográfica (ubicación del servicio) • Accesibilidad física (rampas, señalización, ascensores) • Fallas de la página web, canales virtuales • Fallas por agendamiento del programa • Dificultad con los canales de agendamiento • Tramite de documentación (trámites, autorizaciones) • Recursos humanos (Disponibilidad de personal asistencial) • Demora en la entrega medicamentos e insumos • Capacidad instalada (infraestructura, equipos) • Orientación y señalización dentro de la institución • Mal direccionamiento
Oportunidad	• Demora en la asignación de citas • Demora en la atención • Demora en respuesta a solicitudes o trámites • Cancelación o reprogramación de citas • Atención en urgencias sin demoras injustificadas • Oportunidad en la entrega de resultados o medicamentos
Seguridad	• Entorno (riesgos físicos, condiciones de infraestructura) • Seguridad del paciente (Protocolos de atención y prevención de eventos adversos- Higiene y control de infecciones) • Identificación correcta del paciente • Manejo adecuado de residuos hospitalarios
Pertinencia	• Inconformidad con la asistencia o tratamiento recibido (cuando se refiere a decisiones clínicas no adecuada)
Continuidad	• Recursos humanos (cuando hay rotación frecuente que afecte el seguimiento del caso) • Tramite de documentación (si afectan la contuidad del proceso-entrega oportuna de HC)
Humanización	• Actitud inadecuada (falta de empatía- Escucha activa y comunicación clara) • Trato inadecuado (acciones que causan daño o perjuicio, de humillación, discriminación - Respeto por la diversidad cultural y de género) • Cobro inadecuado • Inconformidad por la atención en general • Reconocimiento a funcionarios por buen trato • Satisfacción global por el servicio • Respeto por la privacidad y confidencialidad
No corresponde a IPS	• Temas administrativos externos (EPS) • Casos relacionados con otras entidades del sistema de salud • Solicitudes o quejas sin información suficiente • Manifestaciones fuera del alcance de la IPS

Las PQRSF se clasificaron en las siguientes categorías:



Durante el año 2025 se recibieron 1.232 PQRSF, evidenciando una participación activa de los usuarios en los canales de atención. El tipo de requerimiento con mayor volumen fue Peticiones, con 641 registros, lo que representa el 52 % del total, reflejando una alta demanda de información, trámites o solicitudes de servicio.

En segundo lugar, se ubicaron los Reclamos con 227 casos (18 %), seguidos por las Quejas, que alcanzaron 191 registros (15 %), lo cual permite identificar oportunidades de mejora en la prestación del servicio y en los procesos internos.

Las Felicitaciones sumaron 146 casos (12 %), lo que evidencia reconocimiento por parte de los usuarios hacia la gestión y atención brindada. Finalmente, las Sugerencias representaron 27 registros (2 %), aportando insumos valiosos para el fortalecimiento continuo de la entidad.

En general, el análisis de las PQRSF permite identificar tendencias, fortalecer la toma de decisiones y reafirmar el compromiso institucional con la mejora continua y la satisfacción del usuario.

Cada caso fue gestionado por los jefes de proceso correspondientes y, una vez resuelto, se notificó al área de Atención al Usuario. Adicionalmente, se implementaron planes de mejora para prevenir la recurrencia de situaciones similares y fortalecer la eficiencia de los procesos.

Cantidad por unidad de servicio y tipo de requerimiento

SERVICIOS	Felicitaciones	Peticion	Queja	Reclamo	Sugerencia	Total general
Consulta Médica General	18	**195**	**28**	23	4	268
Medicina Interna		**88**	4	2		94
Ginecología		44	6	9		59
Call center		18	9	**31**	1	59
Agendamiento web		39	2	16		57
Caja	6	5	**18**	**28**		57
Laboratorio Clínico	16	11	15	11	4	57
Psicología	1	47	5	2		55
Odontología	3	23	14	10	2	52
Medicina Familiar	5	42	2			49
Partos	**34**		7	3		44
Adultes y vejez	8	4	15	8	1	36
Urgencias hospital Siloé	6	2	5	20	1	34
Atención al usuario	**22**	4	2	2	2	32
Apoyo diagnostico	5	13	3	2	1	24
Terapia física		23		1		24
Fisioterapia	4	14	2			20
Planificación	2	3	3	9	1	18
Crecimiento y desarrollo		1	8	7		16
Vacunación	2	3	3	4		12
Pediatría		8	2	1		11
Urgencias hospital Cañaveralejo	1		8	2		11
Programa Adulto: Hipertensión / Diabetes	1		3	3	2	9
Nutrición y dietética		9				9
Facturación		1	4	3	1	9
Dispensación de medicamentos	1	4		3		8
Citología		2	1	4	1	8
Otro	2	2	3	1		8
Hospitalización	2			3	2	7
Urgencias terrón colorado			4	3		7
Medicina alternativa		6				6
Electro cardiograma		1	2	3		6
Terapia Ocupacional		4		2		6
Entrega de resultados de Laboratorio y RX	2	1	1	1		5
Rayos X		3	1	1		5
Historia clínica		5				5
Guarda	1		3	1		5
Infraestructura		2	1	2		5
Elementos del servicio	1			2	2	5
Programa Joven			3	1	1	5
Oftalmología		4				4
Trabajo Social		4				4
Materno perinatal	1		2	1		4
Dermatología		3				3
Salud familiar y comunitaria	1		2			3
Enfermedades crónicas no trasmisibles	1				1	2
Servicios amigables		1				1
TB				1		1
Cirugia		1				1
Certificado de nacido vivo		1				1
Mamografía				1		1
Total general	146	641	191	227	27	1232

Servicios con mayor número de solicitudes por tipo de requerimiento:

- **Peticiones (641 en total):** El servicio con mayor volumen de peticiones fue Consulta Médica General, con 195 solicitudes, concentrando la mayor demanda de información y trámites. Le siguen Medicina Interna (88), Psicología (47), Ginecología (44) y Medicina Familiar (42).
- **Quejas (191 en total):** Las quejas se concentraron principalmente en Consulta Médica General (28), Laboratorio Clínico (15), Adultes y vejez (15) y Odontología (14), lo que señala áreas críticas en la experiencia del usuario.

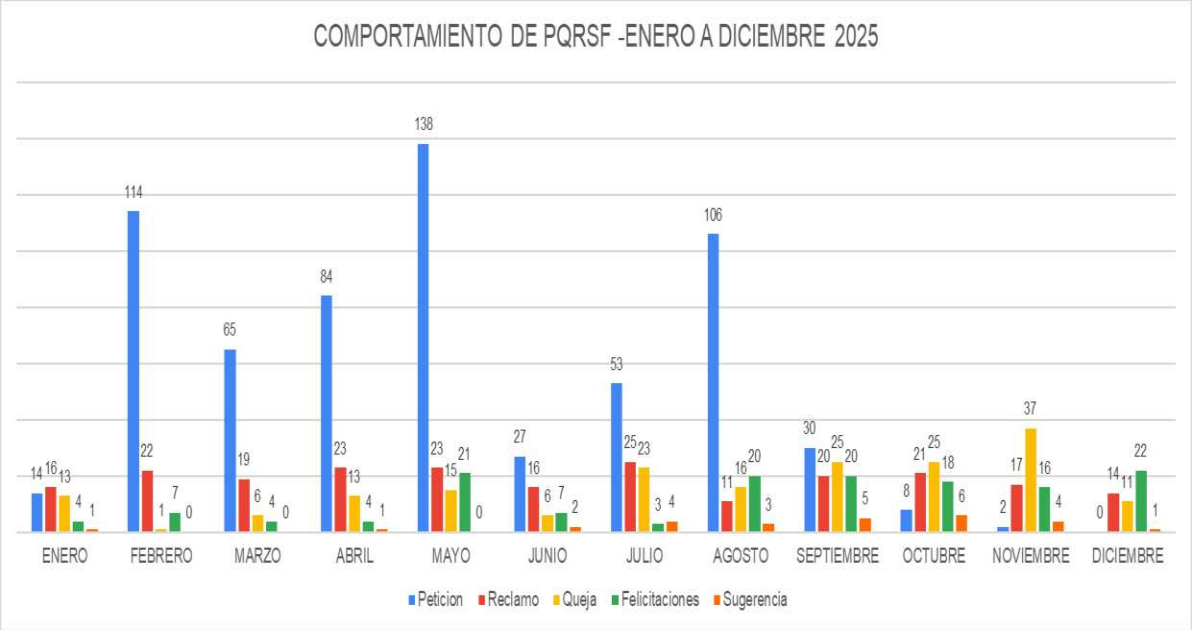
- **Reclamos (227 en total):** El mayor número de reclamos se presentó en Caja (28), seguido por Call Center (31), Consulta Médica General (23) y Urgencias Hospital Siloé (20), asociados principalmente a procesos administrativos y tiempos de atención.
- **Felicitaciones (146 en total):** El servicio más reconocido por los usuarios fue Partos, con 34 felicitaciones, seguido de Atención al Usuario (22), Consulta Médica General (18) y Laboratorio Clínico (16), evidenciando buenas prácticas en la atención.
- **Sugerencias (27 en total):** Las sugerencias fueron menos frecuentes y se concentraron principalmente en Consulta Médica General (4), Laboratorio Clínico (4) y Programa Adulto: Hipertensión/Diabetes (2).

Servicios con menor número de solicitudes

Se identificaron varios servicios con baja participación en PQRSF, registrando 1 o 2 casos en el año, entre ellos:

Servicios amigables, TB, Cirugía, Certificado de nacido vivo, Mamografía, así como Enfermedades crónicas no transmisibles, lo que puede indicar menor demanda del servicio, adecuada satisfacción del usuario o subregistro en los canales de atención.

El análisis evidencia que los servicios asistenciales de alta demanda, como Consulta Médica General y los procesos administrativos (Caja y Call Center), concentran el mayor volumen de PQRSF, especialmente peticiones y reclamos. A su vez, los altos niveles de felicitaciones en servicios como Partos y Atención al Usuario reflejan fortalezas en la calidad de la atención brindada



En la imagen anterior se evidencia que **las peticiones** fueron el tipo de requerimiento predominante a lo largo del año, presentando picos significativos en los meses de **febrero, abril, mayo y agosto**, siendo mayo el mes con mayor número de solicitudes. Este comportamiento refleja una alta demanda de información, trámites y solicitudes por parte de los usuarios.

Los Reclamos y Quejas mostraron un comportamiento moderado, con incrementos puntuales en meses como **abril, julio, septiembre y noviembre,** lo que puede asociarse a situaciones operativas específicas o aumento en la demanda de los servicios durante dichos periodos.

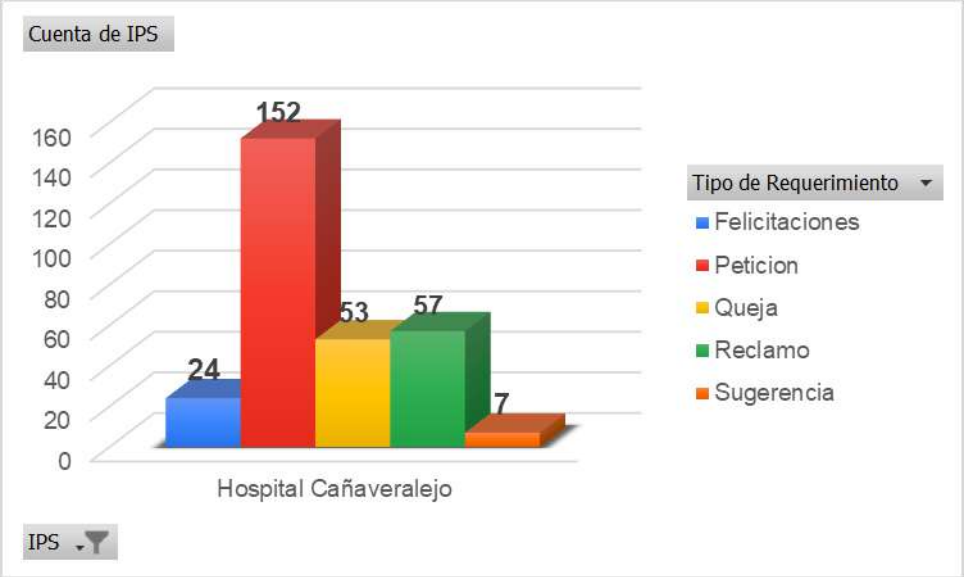
Las Felicitaciones se mantuvieron relativamente estables durante el año, destacándose aumentos en **mayo, agosto y diciembre,** lo que evidencia reconocimiento por parte de los usuarios hacia la atención recibida. Por su parte, las Sugerencias fueron el tipo de requerimiento menos frecuente, presentándose de forma esporádica y en bajos volúmenes.

En general, el comportamiento de las PQRSF evidencia una mayor concentración de solicitudes en el primer semestre del año y una tendencia a la disminución hacia los últimos meses, lo que permite identificar oportunidades de mejora en la gestión, así como fortalecer las acciones preventivas y de mejora continua.

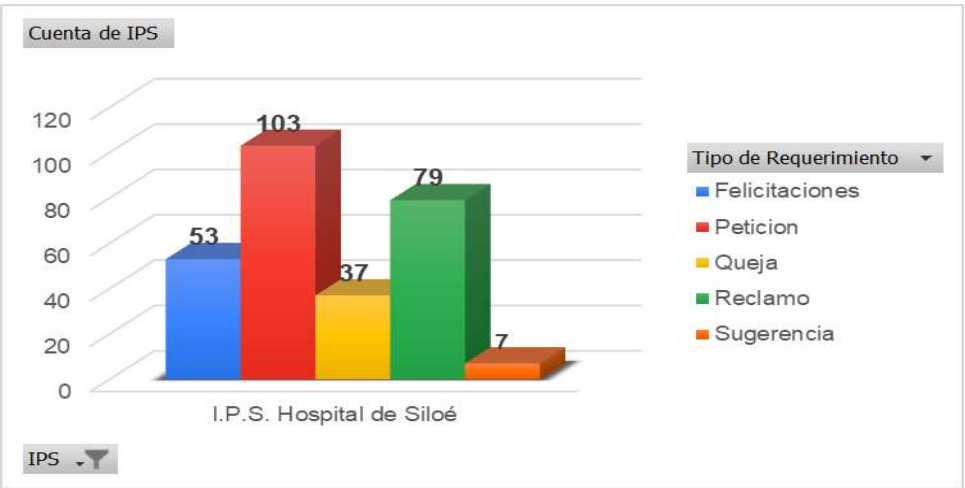
Cantidad por IPS y tipo de requerimiento

IPS	Felicitaciones	Peticion	Queja	Reclamo	Sugerencia	Total general
Hospital Cañaveralejo	24	152	53	57	7	293
I.P.S. Hospital de Siloé	53	103	37	79	7	279
I.P.S. Meléndez	5	94	19	20	3	141
I.P.S. Terrón Colorado	13	40	36	19		108
I.P.S. Primero de Mayo	14	70	8	12	1	105
I.P.S. Lourdes	3	40	3	8	2	56
I.P.S. Alto Nápoles	3	17	5	4		29
I.P.S. Montebello		19		3		22
I.P.S. Brisas de Mayo	2	9	2	3		16
I.P.S. Bellavista	1	8	4	2		15
I.P.S. San Pascual	6	6	1	1		14
I.P.S. Nápoles	1	10		2		13
I.P.S. Alto Polvorines	1	7	2	2		12
I.P.S. La Paz		6	4	1		11
I.P.S. Cascajal	1	7	2	1		11
I.P.S. La Buitrera	5	3	2		1	11
I.P.S. La Sirena		11				11
I.P.S. La Estrella		4	5		1	10
I.P.S. Pance	4	1	2	3		10
I.P.S. Belén		5	1	1	2	9
I.P.S. Polvorines		8	1			9
I.P.S. Vista Hermosa	3	3		2		8
I.P.S. Hormiguero	1	4	3			8
I.P.S. La Sultana	2	3		1	1	7
I.P.S. Villa Carmelo	1		1	4		6
I.P.S. Felidia	3	2			1	6
I.P.S. Golondrinas		3				3
I.P.S. Saladito		1		1		2
I.P.S. La Vorágine		1			1	2
I.P.S. Pichindé		2				2
I.P.S. La Leonera		1				1
I.P.S. Alto Aguacatal		1				1
I.P.S. Los Andes				1		1
Total general	**146**	**641**	**191**	**227**	**27**	**1232**

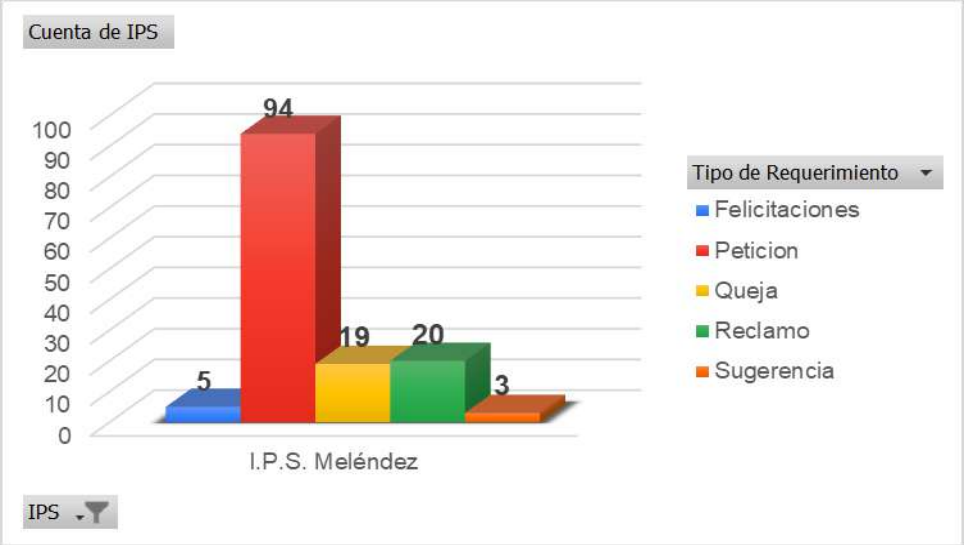
De acuerdo con la información registrada, el **Hospital Cañaveralejo** presenta el mayor número de quejas (53) y reclamos (57), concentrando el volumen más alto de manifestaciones en comparación con las demás IPS. Además, es la IPS con el mayor total general de solicitudes (293), lo que indica una alta demanda de usuarios.



Aunque la I.P.S. **Hospital de Siloé** registra un número ligeramente menor de quejas (30), presenta un alto número de reclamos (65), lo cual también amerita seguimiento y revisión de sus procesos internos.



La I.P.S. Meléndez, aunque presenta un menor volumen total de manifestaciones, reporta 19 quejas y 20 reclamos, cifras que requieren seguimiento preventivo para evitar su incremento y fortalecer la calidad y continuidad en la atención.



Gestión de PQRS con respuesta oportuna

TABULACIÓN DEL INDICADOR						
PERIODO	META DE CUMPLIMIENTO	TOTAL PQRSF	QUEJAS	OPORTUNIDAD DE RESPUESTA EN DIAS	RESULTADO	EVALUACIÓN DEL RESULTADO
AÑO 2025	100%	1232	191	10	100%	CUMPLIÓ



Del total de 1,232 ingresos, el Correo Electrónico se posiciona como el principal canal, concentrando 566 registros, lo que evidencia su alta efectividad y preferencia

por parte de los usuarios. En segundo lugar, el Buzón registra 395 ingresos, manteniendo una participación significativa.

La Página Web (136) y la atención Presencial (133) presentan volúmenes similares, lo que indica un uso equilibrado de estos canales. Finalmente, el canal Telefónico muestra una participación mínima con solo 2 ingresos, reflejando una baja utilización frente a los demás medios.

Cantidad por unidad de servicio y tipo de requerimiento

SERVICIOS	Felicitaciones	Peticion	Queja	Reclamo	Sugerencia	Total general
Consulta Médica General	18	**195**	**28**	23	4	268
Medicina Interna		**88**	4	2		94
Ginecología		44	6	9		59
Call center		18	9	**31**	1	59
Agendamiento web		39	2	16		57
Caja	6	5	**18**	**28**		57
Laboratorio Clínico	16	11	15	11	4	57
Psicología	1	47	5	2		55
Odontología	3	23	14	10	2	52
Medicina Familiar	5	42	2			49
Partos	**34**		7	3		44
Adultes y vejez	8	4	15	8	1	36
Urgencias hospital Siloé	6	2	5	20	1	34
Atención al usuario	**22**	4	2	2	2	32
Apoyo diagnostico	5	13	3	2	1	24
Terapia física		23		1		24
Fisioterapia	4	14	2			20
Planificación	2	3	3	9	1	18
Crecimiento y desarrollo		1	8	7		16
Vacunación	2	3	3	4		12
Pediatría		8	2	1		11
Urgencias hospital Cañaveralejo	1		8	2		11
Programa Adulto: Hipertensión / Diabetes	1		3	3	2	9
Nutrición y dietética		9				9
Facturación		1	4	3	1	9
Dispensación de medicamentos	1	4		3		8
Citología		2	1	4	1	8
Otro	2	2	3	1		8
Hospitalización	2			3	2	7
Urgencias terrón colorado			4	3		7
Medicina alternativa		6				6
Electro cardiograma		1	2	3		6
Terapia Ocupacional		4		2		6
Entrega de resultados de Laboratorio y RX	2	1	1	1		5
Rayos X		3	1	1		5
Historia clínica		5				5
Guarda	1		3	1		5
Infraestructura		2	1	2		5
Elementos del servicio	1			2	2	5
Programa Joven			3	1	1	5
Oftalmología		4				4
Trabajo Social		4				4
Materno perinatal	1		2	1		4
Dermatología		3				3
Salud familiar y comunitaria	1		2			3
Enfermedades crónicas no trasmisibles	1				1	2
Servicios amigables		1				1
TB				1		1
Cirugía		1				1
Certificado de nacido vivo		1				1
Mamografía				1		1
Total general	146	641	191	227	27	1232

Servicios con mayor número de solicitudes por tipo de requerimiento

- **Peticiones (641 en total):** El servicio con mayor volumen de peticiones fue Consulta Médica General, con 195 solicitudes, concentrando la mayor demanda de información y trámites. Le siguen Medicina Interna (88), Psicología (47), Ginecología (44) y Medicina Familiar (42).
- **Quejas (191 en total):** Las quejas se concentraron principalmente en Consulta Médica General (28), Laboratorio Clínico (15), Adultes y vejez (15) y Odontología (14), lo que señala áreas críticas en la experiencia del usuario.
- **Reclamos (227 en total):** El mayor número de reclamos se presentó en Caja (28), seguido por Call Center (31), Consulta Médica General (23) y Urgencias Hospital Siloé (20), asociados principalmente a procesos administrativos y tiempos de atención.
- **Felicitaciones (146 en total):** El servicio más reconocido por los usuarios fue Partos, con 34 felicitaciones, seguido de Atención al Usuario (22), Consulta

Médica General (18) y Laboratorio Clínico (16), evidenciando buenas prácticas en la atención.

- **Sugerencias (27 en total):** Las sugerencias fueron menos frecuentes y se concentraron principalmente en Consulta Médica General (4), Laboratorio Clínico (4) y Programa Adulto: Hipertensión/Diabetes (2).

Servicios con menor número de solicitudes

Se identificaron varios servicios con baja participación en PQRSF, registrando 1 o 2 casos en el año, entre ellos:

Servicios amigables, TB, Cirugía, Certificado de nacido vivo, Mamografía, así como Enfermedades crónicas no transmisibles, lo que puede indicar menor demanda del servicio, adecuada satisfacción del usuario o subregistro en los canales de atención.

El análisis evidencia que los servicios asistenciales de alta demanda, como Consulta Médica General y los procesos administrativos (Caja y Call Center), concentran el mayor volumen de PQRSF, especialmente peticiones y reclamos. A su vez, los altos niveles de felicitaciones en servicios como Partos y Atención al Usuario reflejan fortalezas en la calidad de la atención brindada.

Dentro de las causales de las PQRSF, la característica de calidad más mencionada es **Oportunidad,** con 703 registros, principalmente asociada a peticiones (583) y reclamos (89), lo que sugiere demoras en la asignación o prestación de servicios y necesidad de fortalecer la gestión de tiempos de respuesta.

En cuanto la **Humanización** de la atención con 307 casos, se destaca que es la única categoría que concentra un número significativo de felicitaciones (146), lo cual indica reconocimiento al buen trato del personal; sin embargo, también presenta un número relevante de quejas (102) y reclamos (52), evidenciando oportunidades de mejora en la atención centrada en el usuario y el respeto por sus derechos.



La Accesibilidad registra 112 PQRSF, asociadas principalmente a quejas y reclamos, lo que está relacionado con barreras administrativas, dificultades de ingreso o acompañamiento durante la atención.

Las características de **Pertinencia, Seguridad y Continuidad** presentan menor volumen de casos, aunque las quejas y reclamos allí registrados requieren seguimiento, dado su impacto directo en la calidad y seguridad del servicio.

Finalmente, se identifican 6 casos que no corresponden a la IPS, lo que resalta la importancia de fortalecer la orientación al usuario sobre los canales y competencias institucionales.

CARACTERISTICAS DE CALIDAD	Felicitaciones	Peticion	Queja	Reclamo	Sugerencia	Total general
Oportunidad		**583**	**29**	**89**	**2**	**703**
Cancelación o reprogramación de citas		2	8	9		19
Demora en la asignación de citas		578	11	49	1	639
Demora en la atención		2	9	29	1	41
Devolución de pacientes				1		1
Oportunidad en la entrega de resultados o medicamentos		1	1	1		3
Humanización	**146**	**2**	**102**	**52**	**5**	**307**
Actitud Inadecuada			48	29	3	80
Cancelación o reprogramación de citas				1		1
Cobro inadecuado				2		2
Inconformidad con la Atención en general		2	9	15	2	28
Reconocimiento a funcionarios por buen trato	146					146
Trato Inadecuado			45	5		50
Accesibilidad		**32**	**23**	**44**	**13**	**112**
Accesibilidad física (rampas, señalización, ascensores)					1	1
Accesibilidad geográfica		1	1			2
Capacidad instalada				1	2	3
Demora en la entrega de medicamentos		1	4	7	1	13
Demora en respuesta a solicitudes o trámites			1	1		2
Dificultad con los canales de agendamiento		1		9		10
Disponibilidad de citas y horarios			2	2		4
Fallas de la página web, canales virtuales		6	1	5		12
Fallas por agendamiento del programa			7	4		11
Mal direccionamiento		1	2	5	4	12
Orientación y señalización dentro de la institución		1		1	1	3
Recursos Humanos		1	4	2	3	10
Tramites de documentación		20	1	7	1	29
Pertinencia		**4**	**27**	**32**		**63**
Inconformidad con la asistencia y/o tratamiento recibido		4	27	32		63
Seguridad		**8**	**6**	**7**	**6**	**27**
Entorno		8	1	4	2	15
seguridad del paciente			5	3	4	12
Continuidad		**9**	**1**	**3**	**1**	**14**
Recursos Humanos		4	1			5
Tramites de documentación		5		3	1	9
No corresponde a IPS		**3**	**3**			**6**
Registro por tercero no autorizado			1			1
Solicitud de jornada extramural		1				1
Solicitudes o quejas sin información suficiente		2	2			4
Total general	**146**	**641**	**191**	**227**	**27**	**1232**

Ruta de acción para dar respuesta a las PQRSF

Durante el año 2025, se identificaron dos manifestaciones recurrentes entre los usuarios de la Red de Salud Ladera: el trato inadecuado por parte del personal y las demoras en la asignación de citas. Con el fin de abordar estas problemáticas, se llevaron a cabo diversas acciones correctivas y preventivas, en conjunto con las áreas correspondientes, a fin de garantizar una mejora continua en la calidad del servicio ofrecido.

Acciones frente a quejas y reclamos por actitud y trato inadecuado

Para abordar las quejas relacionadas con el trato inadecuado, se implementaron las siguientes acciones:

- Investigación de casos y socialización de resultados: Tras la recepción de las manifestaciones, el jefe de proceso es notificado y con el área de talento humano, el proveedor de procesos y humanización se inicia el procedimiento de indagación. Se cita al funcionario implicado para llevar a cabo una reunión

en la cual se documenta el caso mediante un acta, que queda registrada. Asimismo, se socializan con los usuarios todas las acciones tomadas y los compromisos asumidos para evitar futuros inconvenientes.

- Capacitación, encuestas, campañas de humanización: De acuerdo con el cronograma institucional de humanización, se desarrollan de manera permanente actividades de capacitación, aplicación de encuestas y campañas orientadas a fortalecer las prácticas de atención humanizada, dirigidas a todos los funcionarios de la E.S.E. Estas acciones incluyen el análisis del impacto de cada encuentro, con el fin de reforzar la importancia del trato digno, promover una atención centrada en el usuario y consolidar un ambiente de respeto, empatía y calidez en la prestación de los servicios de salud.
- Socializaciones derechos y deberes de los usuarios: por medio de rondas a las IPS, el área de Atención al Usuario realizó jornadas de socialización dirigidas al personal, enfocadas en los derechos y deberes de los usuarios, con el propósito de asegurar que los funcionarios estén debidamente informados, sensibilizados y comprometidos con el respeto y la garantía de los derechos de los pacientes. De igual manera, se desarrolla de forma permanente educación dirigida a los usuarios, orientada a fortalecer la comprensión de sus derechos y deberes como pacientes, complementada con la aplicación de encuestas tanto a funcionarios como a usuarios para evaluar el nivel de conocimiento y percepción sobre la atención recibida. Fomento de las felicitaciones a usuarios, y aclaración de los canales dispones para ingresar sus manifestaciones, buzones de sugerencia, correo electrónico, página web

Acciones frente a reclamos por demora en la asignación de citas

Para resolver los reclamos relacionados con la demora en la asignación de citas, se implementaron las siguientes medidas:

- Monitoreo permanente de la demanda, permitiendo ajustes oportunos en la programación.
- Reasignación de citas canceladas o no asistidas, optimizando el uso de cupos disponibles.
- Comunicación directa y oportuna con los usuarios, informando el estado de su solicitud y tiempos estimados de respuesta.

- Actualización Mejoramiento en el manejo de llamadas, mediante lineamientos claros para la atención, orientación adecuada y derivación oportuna de los usuarios.
- de los protocolos de atención para la ruta de personas LGBTI, garantizando un trato digno, inclusivo y diferencial.
- Capacitación al personal de agendamiento y atención al usuario: Se brindaron capacitaciones continuas al personal encargado de agendar citas, facturación y atención al usuario. Durante estas sesiones, se enfatizó la importancia de la articulación de los canales de agendamiento, con especial atención a la educación de la población según su rango de edad, promoviendo el uso de canales virtuales. Además, se subrayó la priorización de la atención a personas adultas mayores, con discapacidad y gestantes para la asignación de citas presenciales.
- Aumento de recursos tecnológicos y el talento humano: En el área de agendamiento, lo que permitió una mejor gestión de las citas y una reducción significativa en los tiempos de espera.
- Supervisión de los tiempos de respuesta: Se implementó un sistema de supervisión de los tiempos de respuesta a las solicitudes, lo que permitió asegurar que se cumplieran las metas de atención al usuario, mejorando la eficiencia del equipo.
- Monitoreo de tiempos de atención en el Call Center: Se estableció un monitoreo constante de los tiempos de atención en el Call Center, asegurando que se cumplieran los tiempos de respuesta establecidos, lo que contribuyó a una experiencia más satisfactoria para los usuarios.
- Piezas comunicativas sobre los canales de agendamiento: Se diseñaron y distribuyeron piezas comunicativas informando a los usuarios sobre los diferentes canales de agendamiento disponibles, garantizando su acceso a información clara y actualizada.
- Fortalecimiento de canales alternos (Código QR línea telefónica, correo institucional y plataforma virtual) para la solicitud y seguimiento de citas.

Estas acciones han sido clave para resolver las quejas y reclamos más recurrentes en la Red de Salud Ladera durante el 2025, con un enfoque integral que involucra tanto la formación continua del personal como el uso de nuevas herramientas tecnológicas para optimizar los procesos de atención.

Comportamiento general del volumen de PQRSF

En el año 2024 se registraron 583 requerimientos, mientras que en 2025 se recepcionaron 1.232 PQRSF, lo que representa un incremento absoluto de 649 casos.

Este comportamiento evidencia un aumento del 111 % en el número total de manifestaciones recibidas entre una vigencia y otra.

Este incremento no debe interpretarse exclusivamente como un deterioro en la calidad del servicio, sino que está asociado a:

- El fortalecimiento de los canales de ingreso de las PQRSF (QR en las IPS satélites(rurales), redes sociales, mejoramiento de buzones en toda la red, mejoramiento de la página web-monitoreo constante del correo electrónico, telefónico, ventanilla única).
- La mejora en los procesos de registro y clasificación de las PQRSF.
- Una mayor cultura de participación de los usuarios, quienes hacen uso de los mecanismos institucionales para expresar sus necesidades.
- La modificación normativa en la clasificación de categorías en 2025, que permitió mayor precisión en el registro y análisis de la información.

Comparación por tipo de requerimiento



En 2024 predominaron los reclamos (42%), lo que reflejó un mayor nivel de inconformidad por parte de los usuarios, seguidos de las peticiones (31%). Para 2025, se evidenció un cambio significativo en el comportamiento de los tipos de requerimiento, ya que las peticiones se consolidaron como la categoría más frecuente (52%), mientras que los reclamos disminuyeron de manera importante (18%). Las quejas presentaron un leve incremento, las felicitaciones se mantuvieron estables y las sugerencias, aunque continúan siendo bajas, mostraron un ligero aumento.

En términos generales, se observa una transición de manifestaciones de carácter correctivo hacia solicitudes formales, lo que indica una evolución en la forma en que los usuarios utilizan los canales de atención institucionales. En 2025 se consolida un cambio en la estructura del tipo de manifestación, caracterizado por el predominio de las peticiones, lo cual sugiere un mayor uso del sistema para la gestión de información y trámites, así como un enfoque más preventivo que reactivo por parte de los usuarios.

Comparativamente, se destaca que:

- Los reclamos disminuyen proporcionalmente del 42 % al 18 %.
- Las peticiones aumentan de manera significativa del 31 % al 52 %.
- Se mantiene un volumen relevante de felicitaciones, lo que evidencia reconocimiento por parte de los usuarios a la atención y servicios brindados.

Comparación de las principales características de calidad indicadas en las PQRSF

Año 2024:

Se identificaron como manifestaciones recurrentes:

- Trato inadecuado del personal (69)
- Demoras en la asignación de citas (203)

Lo anterior evidenció necesidades de mejora en:

- Humanización de la atención.
- Gestión de oportunidad en los servicios.

Plan de acción implementado

Se fortalece la humanización de la atención y la relación entre los usuarios y el personal de salud, garantizando un trato respetuoso, digno y empático. Asimismo, se

optimizan los procesos de asignación de citas con el fin de reducir los tiempos de espera y mejorar la oportunidad en la atención.

Algunas acciones como:

- Implementación de la Política de humanización
- Piezas comunicativas sobre los canales de agendamiento
- Se realizó jornadas de capacitación en atención al usuario, comunicación asertiva y humanización de la atención.
- Se socializó protocolos de atención y derechos y deberes del usuario con todo el personal asistencial y administrativo y con usuarios.
- Se mejoro el seguimiento periódico a las PQRSF relacionadas con trato inadecuado para identificar áreas y procesos críticos.
- Se fortalece las estrategias de sensibilización sobre la importancia del buen trato en la percepción de calidad del servicio.
- Se ajusta los procedimientos internos para la programación de citas.
- Mejora en herramientas tecnológicas para la gestión y control de agendas.
- Monitoreo periódico en los tiempos de respuesta en la asignación de citas.

Periodo del Año 2025:

Con la nueva clasificación normativa, se describen todas las categorías estipuladas como:

- Accesibilidad
- Oportunidad
- Seguridad
- Pertinencia
- Continuidad
- Humanización
- No corresponde a IPS

Manifestaciones por atributos de calidad en la atención en salud:	
ATRIBUTO DE CALIDAD	SUBATRIBUTOS(categorias de clasificacion de manifestaciones)
Accesibilidad	▪Disponibilidad de citas y horarios ▪Accesibilidad geográfica (ubicación del servicio) ▪Accesibilidad física (rampas, señalización, ascensores) ▪Fallas de la página web, canales virtuales ▪Fallas por agendamiento del programa ▪Dificultad con los canales de agendamiento ▪Tramite de documentación (trámites, autorizaciones) ▪Recursos humanos (Disponibilidad de personal asistencial) ▪Demora en la entrega medicamentos e insumos ▪Capacidad instalada (infraestructura, equipos) ▪Orientación y señalización dentro de la institución ▪Mal direccionamiento
Oportunidad	▪Demora en la asignación de citas ▪Demora en la atención ▪Demora en respuesta a solicitudes o trámites ▪Cancelación o reprogramación de citas ▪Atención en urgencias sin demoras injustificadas ▪Oportunidad en la entrega de resultados o medicamentos
Seguridad	▪Entorno (riesgos físicos, condiciones de infraestructura) ▪Seguridad del paciente (Protocolos de atención y prevención de eventos adversos- Higiene y control de infecciones) ▪Identificación correcta del paciente ▪Manejo adecuado de residuos hospitalarios
Pertinencia	▪Inconformidad con la asistencia o tratamiento recibido (cuando se refiere a decisiones clínicas no adecuada)
Continuidad	▪Recursos humanos (cuando hay rotación frecuente que afecte el seguimiento del caso) ▪ Tramite de documentación (si afectan la contuidad del proceso- entrega oportuna de HC)
Humanización	▪Actitud inadecuada (falta de empatía- Escucha activa y comunicación clara) ▪Trato inadecuado (acciones que causan daño o perjuicio, de humillación, discriminación - Respeto por la diversidad cultural y de género) ▪Cobro inadecuado ▪Inconformidad por la atención en general ▪Reconocimiento a funcionarios por buen trato ▪Satisfacción global por el servicio ▪Respeto por la privacidad y confidencialidad
No corresponde a IPS	▪Temas administrativos externos (EPS) ▪Casos relacionados con otras entidades del sistema de salud ▪Solicitudes o quejas sin información suficiente ▪Manifestaciones fuera del alcance de la IPS

Se identificaron como manifestaciones recurrentes:

- Oportunidad: 703 casos
- Humanización de la atención: 307 casos
- Accesibilidad: 112 casos

Esto muestra:

- Persistencia de dificultades relacionadas con los tiempos de respuesta y asignación de servicios.
- Se evidencian avances en el reconocimiento positivo del trato humano, dado que esta categoría concentra la mayoría de las felicitaciones; sin embargo,

también se identifican manifestaciones negativas asociadas a trato inadecuado por parte del personal hacia los usuarios, lo que señala la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias de humanización de la atención.
- Identificación más clara de barreras administrativas y de acceso.

Plan de acción implementado:

Se fortalece la calidad en la prestación de los servicios de salud mediante la mejora de los tiempos de respuesta, la promoción de una atención humanizada y la reducción de barreras de acceso, garantizando una atención oportuna, respetuosa y centrada en el usuario. Algunas acciones como:

- Mejora en el control y seguimiento a los tiempos de respuesta en cada proceso, estableciendo alertas internas para los casos próximos a vencer.
- Con apoyo del personal de atención al usuario se optimiza los flujos de atención con el fin de reducir reprocesos, congestión y demoras en la prestación de los servicios.
- Se realiza análisis periódicos de las causas de demora para implementar acciones correctivas y preventivas por medio de comités.
- Se refuerza los programas de capacitación continua en humanización de la atención y trato digno.
- Se implementa estrategias de reconocimiento al buen desempeño del personal, promoviendo una cultura de servicio.
- Se capacita al personal sobre el uso de un lenguaje adecuado y el respeto a los derechos del usuario por medio de diferentes campañas.
- Se evalúa periódicamente la percepción de los usuarios frente a la atención recibida por medio de encuestas de satisfacción.
- Se simplifica los trámites administrativos para facilitar el acceso a los servicios.
- Se fortalece la orientación al usuario sobre los canales de atención y acceso a los servicios por medio de charlas educativas.
- Capacitación permanente en enfoque diferencial.
- Se monitorea de manera permanente las PQRSF asociadas a dificultades de oportunidad, humanización y accesibilidad para definir acciones correctivas.

El análisis comparativo de las vigencias 2024 y 2025 evidencia un incremento sustancial en el número de PQRSF, al pasar de 583 requerimientos en 2024 a 1.232 en 2025, lo que representa un aumento del 111 %, asociado principalmente al fortalecimiento de los canales de atención y a la mejora en los procesos de registro y clasificación de la información.

Asimismo, se identifica un cambio significativo en el patrón de manifestación de los usuarios: en 2024 predominaron los reclamos (42 %), mientras que en 2025 las peticiones se consolidaron como el tipo de requerimiento más frecuente (52 %), en tanto que los reclamos disminuyeron al 18 %. Este comportamiento refleja una transición de manifestaciones correctivas hacia solicitudes formales de información y servicios.

A pesar de los avances, persisten oportunidades de mejora relacionadas con la oportunidad en la atención, aspecto que en 2025 concentró 703 casos, principalmente asociados a peticiones y reclamos, lo que evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo los tiempos de respuesta y la asignación de servicios.

En relación con la humanización de la atención, se observa una mayor visibilidad tanto en aspectos positivos como en oportunidades de mejora: esta categoría registró 307 casos, dentro de los cuales se destacan 146 felicitaciones, lo que refleja reconocimiento por parte de los usuarios al trato recibido, aunque también se presentan manifestaciones por trato inadecuado que requieren seguimiento.

Finalmente, el fortalecimiento de los procesos de clasificación bajo criterios normativos (Ley 1755 de 2015 (Derecho fundamental de petición), actualizados ha permitido a la institución contar con una mayor capacidad para analizar y hacer seguimiento a las PQRSF, consolidándolas como una herramienta fundamental para:

- ✓ La toma de decisiones institucionales.
- ✓ La implementación de planes de mejora basados en evidencia.
- ✓ El fortalecimiento de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario.

Durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2025, se presentan los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas mensualmente a los usuarios de la E.S.E. Ladera. Es fundamental tener en cuenta la normatividad vigente, en especial la Resolución 216 de 2015, cuyo objetivo es promover el uso adecuado de la información, gestionar el conocimiento y desarrollar estrategias para alcanzar los objetivos establecidos. Además, dicha normatividad contribuye a la medición del desempeño y fomenta la implementación de acciones dirigidas a la mejora continua de los procesos.

En este informe, se detalla que durante el año 2025 se realizaron un **total de 6.743 encuestas** a los usuarios de las distintas IPS de la Red de Salud Ladera. De este total, 180 encuestas reportaron una respuesta insatisfecha, lo que equivale al 3% de

insatisfacción. En contraste, 6563 encuestas reflejaron satisfacción, lo que representa el 97% de los encuestados.



Análisis comparativo de encuestas de satisfacción 2024 vs 2025

Al realizar el análisis comparativo de las encuestas de satisfacción aplicadas durante los años 2024 y 2025, se evidencia un incremento significativo tanto en la población objeto de estudio como en el número de encuestas aplicados, lo que refleja una mayor cobertura y participación de los usuarios en el proceso de evaluación del servicio.

En cuanto a la población atendida por las IPS, durante el año 2024 se registró un total de 148.177 usuarios atendidos, mientras que en el año 2025 esta cifra aumentó a 163.475 usuarios, evidenciando un crecimiento en la demanda de servicios y en la cobertura institucional.

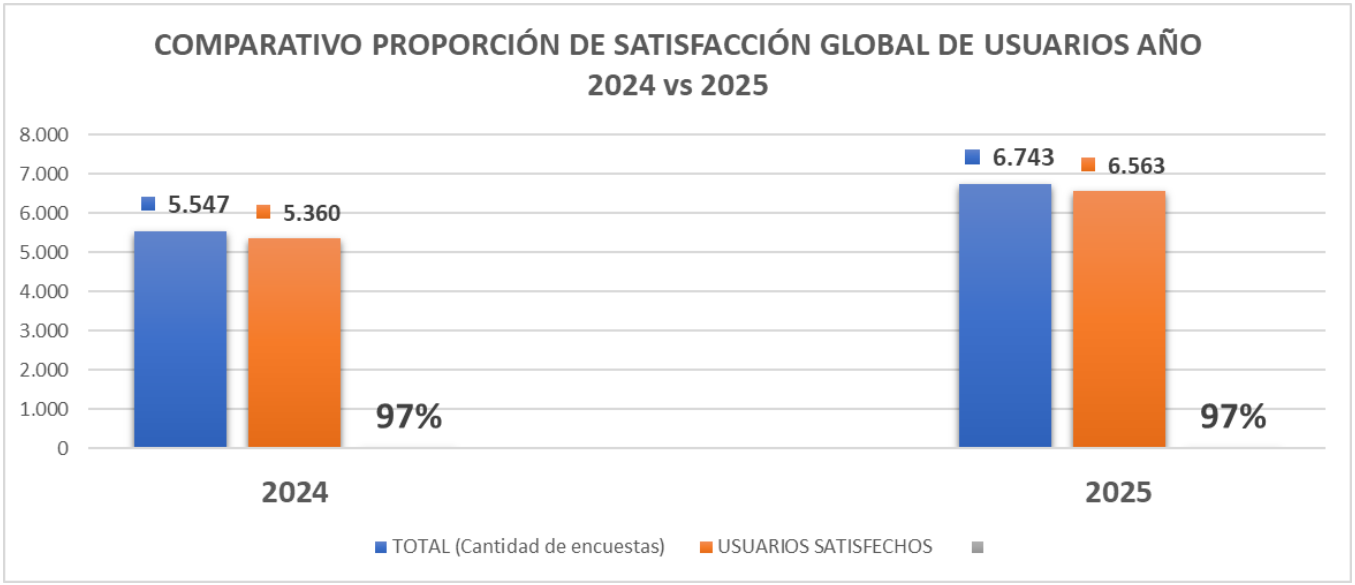
Con base en el tamaño de la población de cada vigencia, se determinó el tamaño de la muestra para la aplicación de las encuestas de satisfacción, garantizando la

representatividad de los resultados. En este sentido, para el año 2024 se aplicaron **5.547 encuestas,** mientras que para el año 2025 se aplicaron **6.743 encuestas,** lo que representa un incremento de 1.196 encuestas, en concordancia con el aumento de la población atendida.

Respecto a los resultados de satisfacción global, en el año 2024 se reportaron 5.360 usuarios satisfechos, mientras que en el año 2025 esta cifra ascendió a 6.563 usuarios satisfechos, lo que evidencia un aumento absoluto en el número de usuarios que perciben positivamente los servicios recibidos.

A pesar del incremento tanto en la población como en el tamaño de la muestra, el porcentaje de satisfacción global se mantiene estable en ambos años, lo que indica que el crecimiento en la cobertura no afectó negativamente la percepción del servicio, sino que permitió confirmar la consistencia en los niveles de satisfacción alcanzados cumpliendo meta del 95%.

En conclusión, los resultados obtenidos muestran un fortalecimiento del proceso de medición de la satisfacción del usuario en el año 2025, sustentado en una mayor población atendida, un aumento en el número de encuestas aplicadas y el sostenimiento del nivel de satisfacción global, lo que refleja estabilidad en la calidad del servicio brindado por las IPS y la efectividad de las estrategias institucionales implementadas.



Fuente: Sicoda Red de salud de Ladera

Análisis por criterios evaluados en la encuesta de satisfacción:



Fuente: Sicoda Red de salud de Ladera

Año	Criterio más Satisfecho	% Satisfaccion	Criterio menos satisfecho	% Satisfacción	% Insatisfacción
2024	Trato	99%	Oportunidad de las citas	93%	7%
2025	Trato / Claridad	98%	Facilidad en el agendamiento de citas	90%	10%

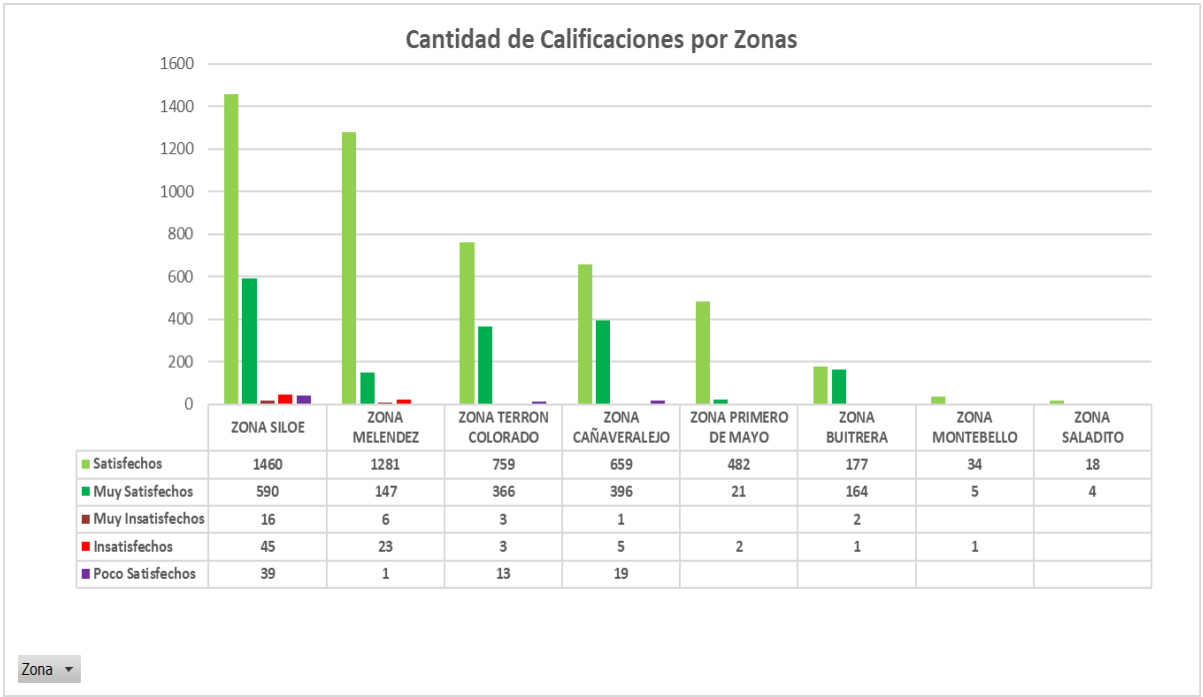
El criterio mejor valorado en ambos años se mantiene en el ámbito de la atención al usuario, destacándose el **trato digno y la claridad en la información** proporcionada.

En contraste, el criterio con menor nivel de satisfacción presenta variación entre los años, estando en ambos casos asociado a aspectos de accesibilidad al servicio. En 2024, el menor nivel de satisfacción correspondió a la oportunidad en la asignación

de citas, mientras que en 2025 se identificó a la facilidad en el agendamiento de citas como el aspecto con mayor nivel de insatisfacción, superando incluso el registrado en 2024.

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN POR ZONAS

Con base en los resultados obtenidos, se identifica que la **Zona Siloé** presenta el mayor nivel de satisfacción general, al registrar un total de **2050 personas satisfechas**, resultado de la suma entre quienes se declaran satisfechos (1460) y muy satisfechos (590). Este valor es superior al de las demás zonas analizadas, como Meléndez (1428), Terrón Colorado (1125) y Cañaveralejo (1055), lo que permite concluir que **la Zona Siloé es la que concentra el mayor grado de percepción positiva** frente al servicio evaluado. En términos generales, los datos muestran una tendencia favorable hacia la satisfacción en la mayoría de las zonas, siendo Siloé la que destaca de manera más significativa.



	ZONA SILOE	ZONA MELENDEZ	ZONA TERRON COLORADO	ZONA CAÑAVERALEJO	ZONA PRIMERO DE MAYO	ZONA BUITRERA	ZONA MONTEBELLO	ZONA SALADITO
Satisfechos	1460	1281	759	659	482	177	34	18
Muy Satisfechos	590	147	366	396	21	164	5	4
Muy Insatisfechos	16	6	3	1		2		
Insatisfechos	45	23	3	5	2	1	1	
Poco Satisfechos	39	1	13	19				

Fuente: Red de salud ladera



Fuente: Red de Salud Ladera

- **Zonas con mayor satisfacción:**
  Las zonas Saladito, Buitrera y Primero de Mayo alcanzan el 100% de satisfacción.
- **Zonas con menor satisfacción:**
  La zona Siloé con un (95%) tienen una ligera insatisfacción, con un porcentaje de satisfacción aún muy alto.
- **Total, General:**
  La satisfacción global a nivel general es del 97%, lo que refleja un alto nivel de satisfacción en todos los servicios.

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN POR IPS

A continuación, se indica la cantidad de encuestas y los diferentes servicios en el cual fueron aplicadas en cada una de las IPS de la Red de Salud de Ladera. La suma de las categorías “Satisfechos” y “Muy satisfechos”, se observa que el Hospital Siglo XXI presenta el mayor número de usuarios satisfechos (1748), lo cual se explica en parte porque es la IPS de mayor tamaño y con servicio de urgencias, al igual que el Hospital Cañaveralejo, que también muestra un alto

nivel de satisfacción (1006 usuarios). Estos resultados reflejan tanto su capacidad operativa como el mayor volumen de usuarios que atienden diariamente.

En contraste, IPS como Meléndez, Alto Aguacatal, La Castilla, La Leonera y Pichindé corresponden a puestos de salud con menor afluencia de usuarios, por lo que sus cifras de satisfacción son más bajas y no son directamente comparables con las de las instituciones de mayor complejidad. En este sentido, los resultados evidencian diferencias asociadas principalmente al tamaño y nivel de atención de cada IPS, más que a una percepción negativa generalizada del servicio, lo que sugiere la necesidad de interpretar los datos considerando el contexto operativo de cada institución.

IPS	Satisfechos	Muy Satisfechos	Muy Insatisfechos	Insatisfechos	Poco Satisfechos
Hospital Siglo XXI	1234	514	16	45	39
IPS Melendez	836	97	2	15	1
Hospital Cañaveralejo	613	393	1	5	19
IPS Primero de Mayo	482	21		2	
IPS Terron Colorado	471	329	1	1	9
IPS Lourdes	200	28		3	
IPS Bellavista	100	17		2	1
IPS La Paz Urbana	98	4			3
IPS Vista Hermosa	90	16	2		
IPS Alto Napoles	87	7	2	1	
IPS La Buitrera	80	57	1		
IPS Napoles	78	7	1	1	
IPS Polvorines	55	1		3	
IPS Cascajal	53	32		1	
IPS La Sultana	50	15			
IPS La Estrella	50	16			
IPS San Pascual	46	3			
IPS La Sirena	45	9			
IPS Belen	42	14			
IPS Brisas de Mayo	39	22			
IPS Alto Polvorines	25	7	1		
IPS Montebello	20	4		1	
IPS El Hormiguero	15	32			
IPS Villacarmelo	13	11			
IPS La Paz Rural.	10				
IPS Pance	9	19			
IPS Felidia	8				
IPS La Voragine	7	13	1		
IPS Paeñas Blancas	4				
IPS El Saladito	4	2			
IPS Golondrinas	2	1			
IPS Pichinde	1	1			
IPS La Leonera	1	1			
IPS La Castilla	1				
IPS Alto Aguacatal	1				
Total general	**4870**	**1693**	**28**	**80**	**72**

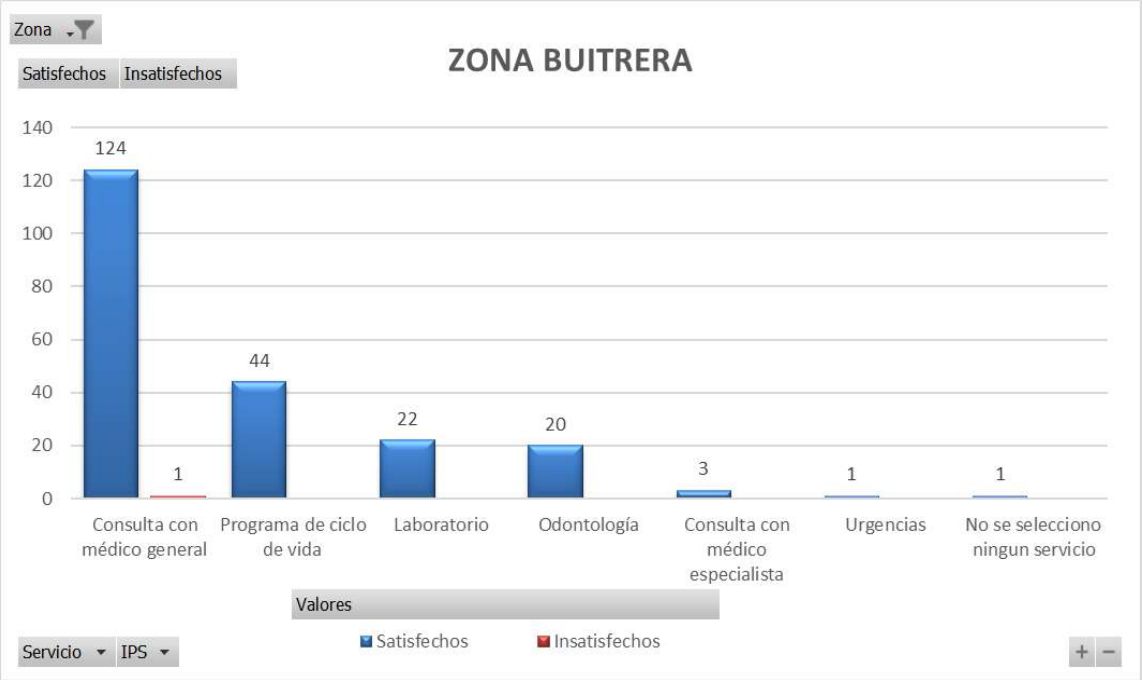
ZONA BUITRERA

De acuerdo a los resultados de la Zona Buitrera, con un total de encuestas de 344 aplicadas, se evidencia que la mayoría de los servicios presentan una alta percepción de satisfacción, destacándose principalmente la consulta con médico general y el servicio de laboratorio, los cuales concentran el mayor número de usuarios satisfechos y muy satisfechos en las diferentes IPS (La Buitrera, Cascajal, Villacarmelo, Pance, El Hormiguero y La Vorágine). De igual manera, los servicios de odontología, consulta con médico especialista, vacunación, programa de ciclo de vida y psicosocial muestran resultados favorables, con

predominio de valoraciones positivas y sin registros significativos de insatisfacción.

En cuanto a la insatisfacción, esta se presenta de manera puntual en dos servicios: consulta con médico general, donde se registra un caso de “muy insatisfecho” en la IPS La Vorágine y un caso de “insatisfecho” en la IPS Cascajal, y en el servicio de laboratorio, con un registro de “muy insatisfecho” en la IPS La Buitrera. No se evidencian casos de insatisfacción en los demás servicios. En general, los resultados indican que la Zona Buitrera mantiene un buen nivel de satisfacción por servicios, siendo la insatisfacción un evento aislado y no representativo del total de atenciones.

Zona	ZONA BUITRERA				
SERVICIOS/IPS	**Satisfechos**	**Muy Satisfechos**	**Muy Insatisfechos**	**Insatisfechos**	**Poco Satisfechos**
Consulta con médico general	**109**	**96**	**1**	**1**	
IPS La Buitrera	44	37			
IPS Cascajal	38	19		1	
IPS Villacarmelo	9	5			
IPS Pance	6	7			
IPS El Hormiguero	6	18			
IPS La Voragine	6	10	1		
Laboratorio	**42**	**35**	**1**		
IPS La Buitrera	27	13	1		
IPS Cascajal	8	4			
IPS El Hormiguero	6	5			
IPS Pance	1	9			
IPS Villacarmelo		4			
Odontología	**10**	**10**			
IPS La Buitrera	3	5			
IPS El Hormiguero	2				
IPS Pance	2	2			
IPS Cascajal	2	1			
IPS Villacarmelo	1	2			
Consulta con médico especialista	**5**	**13**			
IPS La Buitrera	4	1			
IPS La Voragine	1	3			
IPS Pance		1			
IPS El Hormiguero		6			
IPS Cascajal		2			
Vacunación	**5**				
IPS Cascajal	2				
IPS La Buitrera	2				
IPS Villacarmelo	1				
Programa de ciclo de vida	**4**	**7**			
IPS Cascajal	2	5			
IPS Villacarmelo	2				
IPS El Hormiguero		2			
Psicosocial	**2**	**3**			
IPS Cascajal	1	1			
IPS El Hormiguero	1	1			
IPS La Buitrera		1			
Total general	**177**	**164**	**2**	**1**	



Fuente: Red de Salud Ladera

ZONA HOSPITAL CAÑAVERALEJO

Se realizaron un total de 1080 encuestas en la zona Cañaveralejo, donde se evidencia una percepción global favorable de los servicios de salud, con predominio de usuarios satisfechos y muy satisfechos (659 y 396, respectivamente) frente a niveles mínimos de insatisfacción (1 muy insatisfecho y 5 insatisfechos). El Hospital Cañaveralejo concentra la mayor cantidad de atenciones y valoraciones, presentando altos niveles de satisfacción en la mayoría de los servicios, especialmente en consulta general, programas de ciclo de vida, laboratorio, consulta especializada, urgencias y rayos X; los pocos reportes de insatisfacción se focalizan en consulta general, programa de ciclo de vida, consulta con especialista y área psicosocial.

Por su parte, la IPS San Pascual registra un menor volumen de usuarios evaluados, pero mantiene una tendencia positiva en los servicios reportados, sin evidenciar niveles significativos de insatisfacción, lo que en conjunto refleja una adecuada percepción de calidad en la prestación de servicios en la zona.

Zona	ZONA CAÑAVERALEJO				
SERVICIOS/IPS	**Satisfechos**	**Muy Satisfechos**	**Muy Insatisfechos**	**Insatisfechos**	**Poco Satisfechos**
Consulta con médico general	**213**	**71**		**1**	**8**
Hospital Cañaveralejo	190	70		1	8
IPS San Pascual	23	1			
Programa de ciclo de vida	**205**	**52**	**1**	**3**	**1**
Hospital Cañaveralejo	192	52	1	3	1
IPS San Pascual	13				
Laboratorio	**79**	**47**			
Hospital Cañaveralejo	79	47			
Consulta con médico especialista	**52**	**102**		**1**	**3**
Hospital Cañaveralejo	51	102		1	3
IPS San Pascual	1				
Odontología	**31**	**19**			
Hospital Cañaveralejo	24	18			
IPS San Pascual	7	1			
Urgencias	**29**	**22**			
Hospital Cañaveralejo	29	22			
Complementación Terapéutica	**16**	**26**			**2**
Hospital Cañaveralejo	16	26			2
Psicosocial	**16**	**9**			**5**
Hospital Cañaveralejo	16	9			5
Vacunación	**9**	**11**			
Hospital Cañaveralejo	7	10			
IPS San Pascual	2	1			
Rayos X	**8**	**27**			
Hospital Cañaveralejo	8	27			
Hospitalización	**1**				
Hospital Cañaveralejo	1				
Docencia de Servicio		**10**			
Hospital Cañaveralejo		10			
Total general	**659**	**396**	**1**	**5**	**19**

Fuente: Red de Salud Ladera

ZONA IPS MELÉNDEZ

Se realizaron un total de 1458 encuestas, en la zona Meléndez se observa una percepción mayoritariamente favorable de los servicios de salud, con predominio de usuarios satisfechos (1281) y muy satisfechos (147), frente a bajos niveles de insatisfacción (6 muy insatisfechos y 23 insatisfechos). El servicio con mayor volumen de atención es el Programa de ciclo de vida, seguido de consulta con médico general y odontología, concentrando principalmente la IPS Meléndez el mayor número de valoraciones. La insatisfacción se presenta de forma puntual en consulta con médico

general, odontología, consulta con especialista y vacunación, sin representar proporciones altas respecto al total de atenciones. En general, la zona Meléndez evidencia una percepción positiva de la calidad del servicio, con oportunidades de mejora focalizadas en consulta médica y atención especializada.

Zona	ZONA MELENDEZ				
SERVICIOS/IPS	**Satisfechos**	**Muy Satisfechos**	**Muy Insatisfechos**	**Insatisfechos**	**Poco Satisfechos**
Programa de ciclo de vida	**772**	**21**		**14**	
IPS Melendez	459	16		8	
IPS Lourdes	144	4		2	
IPS Alto Napoles	60				
IPS Napoles	50	1		1	
IPS Polvorines	46			3	
IPS Alto Polvorines	13				
Consulta con médico general	**233**	**65**	**4**	**1**	**1**
IPS Melendez	201	42	1	1	1
IPS Alto Napoles	18	7	2		
IPS Lourdes	14	8			
IPS Napoles		4			
IPS Alto Polvorines		4	1		
Odontología	**142**	**34**	**1**	**2**	
IPS Melendez	51	20			
IPS Lourdes	35	8		1	
IPS Napoles	26	2	1		
IPS Alto Polvorines	12	3			
IPS Polvorines	9	1			
IPS Alto Napoles	9			1	
Laboratorio	**67**	**9**			
IPS Melendez	63	7			
IPS Lourdes	4	2			
Consulta con médico especialista	**35**	**9**		**4**	
IPS Melendez	34	5		4	
IPS Lourdes	1	4			
Vacunación	**20**	**4**		**2**	
IPS Melendez	20	4		2	
Complementación Terapéutica	**5**	**1**	**1**		
IPS Melendez	5	1	1		
Psicosocial	**4**	**2**			
IPS Melendez	3	2			
IPS Lourdes	1				
No se selecciono ningun servicio	**2**				
IPS Napoles	2				
Docencia de Servicio	**1**	**2**			
IPS Lourdes	1	2			
Total general	**1281**	**147**	**6**	**23**	**1**

Fuente: Red de Salud Ladera

ZONA MONTEBELLO

Se realizaron un total de 40 encuestas en esta zona, donde se evidencia una percepción global positiva de los servicios de salud, con predominio de usuarios satisfechos (34) y muy satisfechos (5), y un nivel mínimo de insatisfacción (1 insatisfecho). El Programa de ciclo de vida y las consultas médicas (general y especializada) concentran la mayor cantidad de valoraciones, destacándose principalmente la IPS Montebello y la IPS La Paz Rural como las de mayor participación. La insatisfacción se presenta de manera aislada en el servicio de odontología, sin representar un impacto significativo frente al total de atenciones. En conjunto, los resultados reflejan una percepción favorable de la calidad del servicio, con oportunidades puntuales de mejora en algunos servicios específicos.

Zona	ZONA MONTEBELLO				
SERVICIOS/IPS	**Satisfechos**	**Muy Satisfechos**	**Muy Insatisfechos**	**Insatisfechos**	**Poco Satisfechos**
Programa de ciclo de vida	**10**	**3**			
IPS La Paz Rural.	8				
IPS Montebello	2	2			
IPS Golondrinas		1			
Consulta con médico especialista	**9**				
IPS Montebello	9				
Consulta con médico general	**8**				
IPS Montebello	2				
IPS La Paz Rural.	2				
IPS Golondrinas	2				
IPS Alto Aguacatal	1				
IPS La Castilla	1				
Complementación Terapéutica	**2**	**1**			
IPS Montebello	2	1			
Vacunación	**2**				
IPS Montebello	2				
Odontología	**2**	**1**		**1**	
IPS Montebello	2	1		1	
Laboratorio	**1**				
IPS Montebello	1				
Total general	**34**	**5**		**1**	

Fuente: Red de Salud Ladera

ZONA IPS PRIMERO DE MAYO

Se realizaron un total de 505 encuestas en la zona Primero de Mayo, donde se evidencia una percepción predominantemente favorable de los servicios de salud, con un alto número de usuarios satisfechos (482) y muy satisfechos (21), frente a una insatisfacción mínima (2 insatisfechos). La IPS Primero de Mayo concentra la totalidad de las valoraciones, destacándose principalmente los servicios de consulta con médico general, programa de ciclo de vida, laboratorio y consulta con especialista por su mayor volumen de atención y resultados positivos. Los pocos reportes de insatisfacción se presentan de forma puntual en laboratorio y psicosocial, sin afectar de manera significativa la percepción global, lo que indica una adecuada valoración de la calidad de los servicios prestados en la zona.

Zona	ZONA PRIMERO DE MAYO				
SERVICIOS/IPS	**Satisfechos**	**Muy Satisfechos**	**Muy Insatisfechos**	**Insatisfechos**	**Poco Satisfechos**
Consulta con médico general	**152**	**2**			
IPS Primero de Mayo	152	2			
Programa de ciclo de vida	**106**	**6**			
IPS Primero de Mayo	106	6			
Laboratorio	**87**	**3**		**1**	
IPS Primero de Mayo	87	3		1	
Consulta con médico especialista	**71**	**4**			
IPS Primero de Mayo	71	4			
Vacunación	**25**	**2**			
IPS Primero de Mayo	25	2			
Odontología	**23**	**1**			
IPS Primero de Mayo	23	1			
Psicosocial	**12**			**1**	
IPS Primero de Mayo	12			1	
Complementación Terapéutica	**3**	**2**			
IPS Primero de Mayo	3	2			
Docencia de Servicio	**2**				
IPS Primero de Mayo	2				
Rayos X	**1**	**1**			
IPS Primero de Mayo	1	1			
Total general	**482**	**21**		**2**	

Fuente: Red de Salud Ladera

ZONA IPS SALADITO

Se realizaron un total de 22 encuestas en la zona Saladito, donde se observa una percepción general favorable de los servicios de salud, con predominio de usuarios satisfechos (18) y muy satisfechos (4), sin registros de insatisfacción. El servicio con mayor participación es el programa de ciclo de vida, seguido de urgencias, consulta con médico general y odontología, con distribución de atenciones entre varias IPS (Felidia, El Saladito, Paeñas Blancas, La Leonera y Pichindé). La ausencia de reportes de insatisfacción indica una valoración positiva de la calidad de los servicios, aunque el bajo volumen de respuestas sugiere la necesidad de fortalecer el seguimiento para una evaluación más representativa.

Zona	ZONA SALADITO				
SERVICIOS/IPS	**Satisfechos**	**Muy Satisfechos**	**Muy Insatisfechos**	**Insatisfechos**	**Poco Satisfechos**
Programa de ciclo de vida	**7**	**2**			
IPS Felidia	5				
IPS El Saladito	1	1			
IPS Paeñas Blancas	1				
IPS La Leonera		1			
Urgencias	**4**				
IPS Paeñas Blancas	3				
IPS Felidia	1				
Consulta con médico general	**4**	**2**			
IPS Pichinde	1	1			
IPS La Leonera	1				
IPS El Saladito	1	1			
IPS Felidia	1				
Odontología	**3**				
IPS El Saladito	2				
IPS Felidia	1				
Total general	**18**	**4**			

Fuente: Red de Salud Ladera

ZONA HOSPITAL SIGLO XXI SILOÉ

Se realizaron un total de 2150 encuestas, en esta zona se evidencia una percepción mayoritariamente favorable de los servicios de salud, con predominio de usuarios satisfechos (1460) y muy satisfechos (590) frente a niveles relativamente bajos de insatisfacción (16 muy insatisfechos, 45 insatisfechos y 39 poco satisfechos). El Hospital Siglo XXI concentra la mayor proporción de atenciones y valoraciones en casi todos los servicios, especialmente en consulta con médico general, urgencias, consulta con especialista, rayos X, laboratorio y programa de ciclo de vida, con altos niveles de satisfacción. Los mayores reportes de insatisfacción se observan principalmente en urgencias y consulta con médico general, lo que sugiere oportunidades de mejora en estos servicios de alta demanda. En conjunto, los resultados reflejan una percepción positiva de la calidad de la atención, con focos específicos de intervención orientados a servicios críticos por su volumen de usuarios.

Zona	ZONA SILOE

SERVICIOS/IPS	Satisfechos	Muy Satisfechos	Muy Insatisfechos	Insatisfechos	Poco Satisfechos
Consulta con médico general	**609**	**253**	**5**	**14**	**7**
Hospital Siglo XXI	431	187	5	14	7
IPS La Estrella	50	12			
IPS La Sirena	37	9			
IPS La Sultana	36	15			
IPS Belen	32	11			
IPS Brisas de Mayo	23	19			
Urgencias	**435**	**4**	**2**	**25**	**28**
Hospital Siglo XXI	430	4	2	25	28
IPS La Sultana	5				
Consulta con médico especialista	**79**	**78**	**1**	**3**	**2**
Hospital Siglo XXI	73	78	1	3	2
IPS Brisas de Mayo	6				
Programa de ciclo de vida	**73**	**39**	**3**	**1**	
Hospital Siglo XXI	63	36	3	1	
IPS La Sultana	4				
IPS Brisas de Mayo	4				
IPS Belen	1	1			
IPS La Sirena	1				
IPS La Estrella		2			
Rayos X	**71**	**45**			
Hospital Siglo XXI	71	45			
Vacunación	**52**	**18**		**1**	
Hospital Siglo XXI	51	18		1	
IPS La Sirena	1				
Laboratorio	**52**	**74**		**1**	
Hospital Siglo XXI	52	74		1	
Odontología	**41**	**16**			**2**
Hospital Siglo XXI	16	10			2
IPS Belen	9	2			
IPS La Sirena	6				
IPS La Sultana	5				
IPS Brisas de Mayo	5	2			
IPS La Estrella		2			
Complementación Terapéutica	**18**	**17**	**1**		
Hospital Siglo XXI	18	17	1		
Partos	**12**	**27**	**4**		
Hospital Siglo XXI	12	27	4		
Docencia de Servicio	**12**	**13**			
Hospital Siglo XXI	12	13			
Hospitalización	**5**	**3**			
Hospital Siglo XXI	5	3			
Psicosocial	**1**	**3**			
IPS Brisas de Mayo	1	1			
Hospital Siglo XXI		2			
Total general	**1460**	**590**	**16**	**45**	**39**

Fuente: Red de Salud Ladera

ZONA IPS TERRÓN COLORADO

Se realizaron un total de 1144 encuestas en esta zona se observa una percepción global favorable de los servicios de salud, con predominio de usuarios satisfechos (759) y muy satisfechos (366) frente a niveles bajos de insatisfacción (3 muy insatisfechos, 3 insatisfechos y 13 poco satisfechos). La IPS Terrón Colorado concentra la mayor cantidad de atenciones y valoraciones positivas, especialmente en consulta con médico general, consulta con especialista, programa de ciclo de vida, odontología, urgencias y complementación terapéutica. Los reportes de insatisfacción se presentan de manera puntual en consulta con médico general,

odontología y programa de ciclo de vida, sin afectar de forma significativa la tendencia general. En conjunto, los resultados evidencian una adecuada percepción de calidad en la prestación de los servicios, con oportunidades de mejora focalizadas en algunos servicios específicos de alta demanda.

SERVICIOS/IPS	Satisfechos	Muy Satisfechos	Muy Insatisfechos	Insatisfechos	Poco Satisfechos
Consulta con médico general	**241**	**164**	**2**	**1**	**2**
IPS Terron Colorado	148	148	1		
IPS La Paz Urbana	51	1			1
IPS Bellavista	23	7		1	1
IPS Vista Hermosa	19	8	1		
Programa de ciclo de vida	**180**	**40**		**1**	**2**
IPS Bellavista	58	3		1	
IPS La Paz Urbana	43	3			2
IPS Terron Colorado	40	29			
IPS Vista Hermosa	39	5			
Odontología	**95**	**14**	**1**		**2**
IPS Terron Colorado	54	8			2
IPS Vista Hermosa	29	3	1		
IPS Bellavista	12	3			
Consulta con médico especialista	**92**	**68**			
IPS Terron Colorado	91	68			
IPS Bellavista	1				
Complementación Terapéutica	**57**	**29**		**1**	**4**
IPS Terron Colorado	57	29		1	4
Urgencias	**33**	**34**			**1**
IPS Terron Colorado	33	33			1
IPS Bellavista		1			
Vacunación	**28**				
IPS Terron Colorado	20				
IPS Bellavista	5				
IPS La Paz Urbana	2				
IPS Vista Hermosa	1				
Laboratorio	**18**	**9**			**2**
IPS Terron Colorado	15	6			2
IPS Vista Hermosa	2				
IPS Bellavista	1	3			
Partos	**8**	**8**			
IPS Terron Colorado	8	8			
No se selecciono ningun servicio	**2**				
IPS Terron Colorado	2				
Docencia de Servicio	**2**				
IPS La Paz Urbana	2				
Psicosocial	**2**				
IPS Terron Colorado	2				
Rayos X	**1**				
IPS Terron Colorado	1				
Total general	**759**	**366**	**3**	**3**	**13**

Fuente: Red de Salud Ladera

ANÁLISIS POR CRITERIOS EVALUADOS EN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

La encuesta permitió evaluar diferentes criterios relacionados con la atención y los servicios ofrecidos, considerando los porcentajes de satisfacción (Buena + Muy buena) e insatisfacción (Mala + Muy mala + Regular), excluyendo las respuestas “No informa”.

Trato: El 98% de los usuarios manifestaron satisfacción con el trato recibido, evidenciando un reconocimiento positivo al comportamiento del personal. Solo un 2%

reportó insatisfacción, indicando que se mantiene una atención respetuosa y cercana en la mayoría de los casos.

Claridad en la información: Se observa un alto nivel de satisfacción (98%) respecto a la claridad de la información proporcionada, lo que refleja que los usuarios perciben que las explicaciones y orientaciones sobre los servicios son comprensibles y completas.

Facilidad en agendamiento de citas: La satisfacción fue del 90%, mientras que la insatisfacción alcanzó el 10%, lo que indica que, aunque la mayoría encuentra el proceso ágil, existe un grupo significativo que experimenta dificultades para acceder a la programación de citas, representando un área prioritaria de mejora.

Tiempo de espera: Con un 94% de satisfacción, la mayoría de los usuarios considera aceptable el tiempo de espera. Sin embargo, un 6% de insatisfacción sugiere la necesidad de optimizar la eficiencia en los procesos de atención para reducir demoras.

Comodidad: El 96% de los encuestados se declaró satisfecho con la comodidad de las instalaciones, indicando que los espacios y recursos contribuyen a una experiencia agradable en la atención.

Oportunidad de las citas: La satisfacción fue del 94%, mientras que un 6% manifestó insatisfacción, lo que refleja que, en general, los servicios son oportunos, aunque se puede reforzar la disponibilidad y puntualidad de las citas programadas.

Entorno: El entorno físico del servicio recibió una 96% de satisfacción, mostrando que las condiciones del espacio influyen positivamente en la percepción de la atención.

Evaluación global: El índice de satisfacción general alcanzó el 97%, con solo un 2% de insatisfacción, lo que evidencia que los usuarios valoran positivamente la atención recibida en su conjunto.

☑ Porcentaje de Satisfacción = (Buena + Muy buena)											
❌ Porcentaje de Insatisfacción = (Mala + Muy Mala + Regular)											
(Se excluye la fila de "No informa")											
CRITERIOS EVALUADOS	**Buena**	**Muy buena**	**Mala**	**Muy Mala**	**Regular**	**No informa**	**TOTAL**	**(Buena + Muy Buena)**	**% Satisfacción**	**(Mala + Muy Mala + Regular)**	**% Insatisfacción**
Trato	4649	1989	45	22	25	13	6743	6638	**98%**	92	1%
Claridad	4726	1899	71	16	31	0	6743	6625	**98%**	118	2%
Facilidad en Agendamiento de Citas	4416	1646	306	76	299	0	6743	6062	**90%**	681	**10%**
Tiempo de Espera	4697	1630	227	34	153	2	6743	6327	**94%**	414	**6%**
Comodidad	4811	1691	115	13	111	2	6743	6502	**96%**	239	4%
Oportunidad de las Citas	4823	1544	133	46	196	1	6743	6367	**94%**	375	**6%**
Entorno	4797	1688	87	26	143	2	6743	6485	**96%**	256	4%
Global	4873	1692	79	25	72	2	6743	6565	**97%**	176	3%

Fuente: Red de Salud Ladera

Estrategias y Acciones Específicas para el Mejoramiento

Después de evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios con respecto a la calidad del servicio de salud, considerando los criterios de **accesibilidad**, **oportunidad** y **calidad**, se diseñó un plan de mejora enfocado en abordar las necesidades y expectativas de los usuarios.

1. Análisis de los Criterios Evaluados

a) Accesibilidad

Identificación de necesidades:

- Algunos usuarios pueden tener dificultades para acceder a los centros de salud debido a la ubicación, los horarios limitados o la falta de información sobre la disponibilidad de los servicios.
- A pesar de que el nivel de satisfacción es alto, algunas zonas tienen menor satisfacción, lo que podría estar relacionado con problemas de acceso físico o información.

Expectativas de los usuarios:

- Que los servicios de salud estén disponibles en lugares cercanos.
- Que haya información clara y oportuna sobre la disponibilidad de citas y servicios.

b) Oportunidad

Identificación de necesidades:

- En algunas zonas, la demora en la atención puede ser un factor que disminuye la satisfacción, a pesar de que el nivel global es alto.
- Los usuarios esperan tiempos de espera más cortos y que sus citas o consultas se realicen dentro de un tiempo razonable.

Expectativas de los usuarios:

- Tiempo de respuesta rápido para citas médicas y procedimientos.
- Reducción de tiempos de espera en las salas de consulta.

c) Calidad

Identificación de necesidades:

- Aunque los usuarios están mayormente satisfechos con los servicios, la calidad de algunos procedimientos, como las consultas con médicos generales, puede mejorarse.
- Mejora en la capacitación de los profesionales para asegurar que la atención sea más personalizada y de calidad.

Expectativas de los usuarios:

- Alta calidad en los servicios prestados, que incluyan la atención personalizada y el uso de tecnología adecuada para diagnósticos y tratamientos.

Diagnóstico rápido:

Insatisfacción y poca satisfacción detectada en:

- Hospital Siglo XXI: Consulta con médico general y urgencias.
- Hospital Cañaveralejo: Consulta con médico especialista, y complementación terapéutica

- IPS Meléndez, IPS bellavista y la paz urbana: Consulta médico general-programa ciclo vida

Acciones

1. Capacitación en atención al usuario y manejo de quejas

- ✓ Formación en comunicación efectiva, empatía y resolución de conflictos.

2. Revisión y mejora de procesos en áreas críticas (Urgencias, Consulta médica general, Odontología)

- ✓ Evaluar tiempos de espera, protocolos y atención. Implementar mejoras.

3. Implementación de seguimiento personalizado para usuarios insatisfechos o poco satisfechos

- ✓ Contacto directo para entender causas y gestionar solución.

4. Optimización del programa de ciclo de vida

- ✓ Evaluar cobertura, calidad de atención y sensibilización.

5. Mejoramiento de infraestructura y recursos en áreas señaladas (odontología, complementación terapéutica, laboratorio)

- ✓ Revisar estado de equipos y materiales, hacer inversiones prioritarias.

6. Monitoreo mensual de indicadores de satisfacción

- ✓ Reportes mensuales para seguimiento, ajustes y reconocimiento de avances.

5. INFORME DE LOGROS PARTICIPACIÓN SOCIAL

Las Asociaciones de Usuarios de la Red de Salud de Ladera son grupos organizados que representan a la comunidad en los procesos de toma de decisiones, los cuales velan por la calidad del servicio, la defensa del usuario y gestión de la salud, estas asociaciones son fundamentales para el funcionamiento y la mejora continua, ya que permiten una participación activa de los usuarios en el diseño, implementación y evaluación de las políticas y servicios de salud. La Red de Salud de Ladera cuenta con 16 Alianzas o Asociaciones de Usuarios distribuidas entre las zonas rural y urbana, de la siguiente manera:

Zona Rural Sur	1 Buitrera 2 Pance 3 Cascajal 4 Hormiguero
Zona Rural Norte	5 Montebello 6 Golondrinas 7 Felidia 8 Saladito 9 Peñas Blancas
Zona Urbana	10 Meléndez 11 Siloé 12 La Sirena 13 Primero de Mayo 14 Cañaveralejo 15 Terron Colorado 16 La Paz Urbana

VIGILADO Supersalud

Estas Asociaciones de Usuarios están conformadas por representantes de diversas organizaciones y grupos de interés, tales como miembros de Juntas de Acción Comunal (JAC), Juntas Administradoras Locales (JAL), personas en condición de discapacidad, grupos de mujeres, adultos mayores, entre otros. Asegurando así la participación diversa e inclusiva de todos los sectores de la comunidad, lo que favorece la toma de decisiones colectivas y la coordinación efectiva en los distintos procesos de la Red de Salud de Ladera.

Para mantener una relación fructífera y cooperativa, la administración de la ESE, mantiene y orienta estrategias para su fortalecimiento, entre las que se cuentan:

- **Comunicación constante con la gerencia de la Red Ladera para canalizar inquietudes, sugerencias y quejas**

Se llevaron a cabo asambleas periódicas entre las Asociaciones de Usuarios y la gerencia, garantizando un diálogo constante, transparente y efectivo entre los representantes de los usuarios y la institución.


LIGA DE
FUNDESCO


SALUD LADERA

- **Mesas de Trabajo con las diferentes Asociaciones de Usuarios**

Ejecución de Mesas de Trabajo con las diferentes Asociaciones de Usuarios y la oficina de Participación Social de la E.S.E Ladera, con el fin de fortalecer los espacios de diálogo, participación y concertación, identificando necesidades y problemáticas comunes, bajo la construcción de propuestas de mejora y acciones que contribuyan al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios.





- **Realización de Jornada de Bienestar dirigida a población del hogar sociosanitario Buitrera**

En articulación con la Asociación de Usuarios de la IPS Buitrera, se llevó a cabo una Jornada de Bienestar, la cual tuvo como objetivo promover el bienestar integral de la población participante, a través de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortaleciendo el autocuidado y el acercamiento comunitario entre los usuarios y la institución.

VIGILADO Supersalud



- **Jornadas de formación en temas de interés en salud**

Realización de jornadas de formación en temas de interés en salud, orientadas en fortalecer los conocimientos de la comunidad sobre promoción de la salud, prevención de enfermedades, autocuidado y uso adecuado de los servicios de salud.



- **Cali Conecta II encuentro de Asociaciones de Usuarios de las Empresas Sociales del Estado**

Se llevó a cabo el segundo Encuentro de Asociaciones, el cual permitió reconocer la labor realizada por los diferentes actores comunitarios, fortalecer los lazos de cooperación entre la institución y la comunidad, intercambiar experiencias y buenas prácticas, y generar espacios de participación activa que contribuyen al mejoramiento de los servicios de salud y al fortalecimiento del tejido social.

VIGILADO Supersalud





VIGILADO Supersalud

LOGROS DE LA VIGENCIA

1. Reconocimiento en el Diario el País y Revista Semana, por ubicarnos como la empresa No. 342, entre las “500 empresas más exitosas del Valle del Cauca”.
2. Nace Oriana, en nuestra sala de Cirugía Ginecológica del Hospital de Siloé, siendo la primera cesárea atendida, desde que se inauguró la sala, en 2018. Para ello, la ESE fortaleció la dotación biomédica, de ropa quirúrgica, de aires acondicionados y la organización de la infraestructura, con más de 300 millones en inversión. Se contrataron especialistas en ginecología y pediatría, así como un equipo de enfermería, entrenado para la atención obstétrica. Se ha liderado la articulación de la red de servicios, en alianza con la estrategia “Hospital Padrino”, de la Fundación Valle del Lili, que es “un modelo de innovación social en salud, diseñado para mejorar el acceso a servicios de salud de calidad en las regiones más vulnerables de Colombia”, con el fin de fortalecer la ruta maternoperinatal. Se trata de lograr que la IPS Siloé, preste su primer servicio quirúrgico, y con ello, su viabilidad para denominarse “Hospital”, para ser referente del Distrito, en atención materno-perinatal. Esto beneficia a las más de 1000 gestantes que hace parte de la cohorte de la ESE, y amplia el rango hacia la población gestante de los demás territorios, en articulación con la red de prestadores de la ciudad y del departamento.
3. Se dio inicio a las obras del Proyecto: “Reposición de la IPS Terron Colorado”, un hecho que transforma y dignifica la salud en Cali. Con esta nueva infraestructura de salud, se transforma el entorno, se escriben nuevos imaginarios sobre lo público y se dignifica la manera en que se cuida el bienestar de la población en sus territorios. Inversión total: 29.199 millones, que incluye: Obra pública: $25.445 millones, Interventoría: $1.781 millones, Dotación hospitalaria: $1.972 millones. Este proyecto fue liderado por la Secretaría de Salud Pública Distrital, apoyado directamente por el Despacho del Alcalde en concurso con las dependencias de Hacienda, Juridica y Planeación, con la autorización del Concejo Municipal para comprometer vigencias futuras ordinarias hasta el año 2027; dando asi garantía de la culminación del proyecto, para su ejecución y puesta en funcionamiento.
4. Se ejecutaron exitosamente los proyectos de inversión para la adecuación de la infraestructura física de las IPS Cascajal, Fray Damian, Golondrinas y La

Vorágine. Con una inversión de $1.379 millones se remodelaron estas 4 IPS. Se trabajó en la gestión de 4 proyectos de remodelación de infraestructura de puestos de salud con el Ministerio de Salud, que giró los recursos para su ejecución. Así mismo, la ESE aporto con recursos propios para culminar las obras y garantizar su funcionalidad y puesta en operación.

5. Avance en la aprobación de diseños del proyecto IPS La Buitrera. La E.S.E. se encuentra realizando los diseños para la aprobación y financiación de un proyecto de reposición de la IPS millones y a la fecha se ha logrado: Aprobación de la capacidad instalada, Aprobación del diseño arquitectónico, Concepto ambiental, gestión del esquema de implantación y regularización
6. Fortalecimiento de la capacidad de la IPS Lourdes, con la reparación de planta eléctrica y conexión a los servicios de vacunación y odontología y la puesta en funcionamiento de transformador eléctrico.
7. Apertura del Servicio de Rayos X en el Hospital Cañaveralejo, con un nuevo equipo de imagenología, con capacidad para la atención de mas de 150 usuarios al día.
8. Disposición de maquina dispensadora de pruebas rápidas para detección del VIH, en la IPS Siloé, en alianza con Fondo Mundial del VIH y Enterritorio.
9. Mantenimiento de la certificación por parte del Icontec, del “Sello de No Discriminación al Hospital Cañaveralejo, que es un reconocimiento voluntario otorgado por el Ministerio del Interior y Icontec en Colombia, *avalando que entidades públicas y privadas implementan políticas de inclusión, diversidad y equidad.*
10. Renovación de la certificación ISO 9001:2015 del Icontec, por tres años más, para todos los procesos y sedes.
11. Cumplimiento del 96 % de las metas institucionales del Plan Operativo Anual 2025, alcanzando 43 de 45 indicadores programados, lo que evidencia una gestión integral y articulada entre los procesos misionales, estratégicos y de apoyo, fortaleciendo la confianza ciudadana, el control social y la credibilidad institucional ante los entes de vigilancia y control. Además, consolidando la hoja de ruta estratégica de la E.S.E. en atención primaria en salud, salud mental, salud materno-perinatal y fortalecimiento institucional, con impactos directos en la mejora del acceso, la calidad y la oportunidad de los servicios de salud.
12. Implementación del modelo de atención del parto con enfoque intercultural en la IPS Siloé Siglo XXI, incorporando prácticas respetuosas de la diversidad

cultural y los derechos sexuales y reproductivos, lo cual mejora la experiencia de las usuarias, promueve la humanización del parto y contribuye a mejores resultados materno-perinatales.

13. Mantenimiento de la Cobertura del 82 % del Distrito a través de 37 IPS en operación, garantizando la prestación de servicios de salud a la población urbana y rural, y consolidando a la Red de Salud de Ladera E.S.E. como actor clave del sistema de salud en el territorio
14. Gestión y adquisición de una nueva unidad móvil de atención primaria en salud, financiada con recursos de la Secretaría de Salud Distrital, destinada a la atención de población en territorios de difícil acceso o sin oferta fija de IPS, fortaleciendo los equipos básicos de salud y beneficiando a más de 190.000 usuarios mediante jornadas de atención médica y odontológica en el territorio.
15. Consolidación del modelo de Equipos Básicos de Salud en el territorio, desarrollando acciones de promoción, prevención y atención primaria con enfoque familiar y comunitario, lo que contribuye a la identificación temprana de riesgos en salud y a la reducción de brechas de acceso en población vulnerable.
16. Liderazgo en Implementación del programa Jóvenes en Paz, mediante acciones intersectoriales orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención de violencias y el fortalecimiento de proyectos de vida en jóvenes, impactando positivamente la convivencia y el bienestar psicosocial en los territorios priorizados.
17. Liderazgo en la Operación del programa CAMAD (Centros de Atención Móvil para Drogodependientes), brindando atención integral en salud a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, reduciendo riesgos asociados y fortaleciendo la atención diferencial a poblaciones en condición de vulnerabilidad.
18. Atención psicosocial oportuna al 95,94 % de los casos de violencias notificados, garantizando el acompañamiento integral a víctimas y familias, la activación de rutas interinstitucionales y la protección de derechos, con impacto directo en la salud mental y la recuperación psicosocial.
19. Seguimiento y atención integral a los casos de intento suicida, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica, la atención en salud mental y el acompañamiento continuo, como estrategia para la protección de la vida y la reducción de eventos recurrentes.

20. Logro de letalidad cero por dengue en los servicios de urgencias e internación, como resultado de la vigilancia clínica oportuna, la adherencia a guías de manejo y el fortalecimiento de la capacidad resolutiva del talento humano en salud.
21. Alcanzar niveles de satisfacción de usuarios superiores al 97 %, reflejo del mejoramiento continuo en la calidad de la atención, la oportunidad en los servicios y el fortalecimiento de la atención centrada en el usuario.
22. Aplicación de 5.073 encuestas de satisfacción a usuarios, generando información clave para la toma de decisiones, el ajuste de procesos y la mejora continua de la experiencia del usuario en los diferentes servicios de la E.S.E.
23. Fortalecimiento de los canales de agendamiento de citas, mediante la implementación de QR, línea telefónica, correo electrónico y plataformas virtuales, reduciendo barreras de acceso y mejorando la oportunidad en la asignación de citas.
24. Optimización de la agenda médica institucional, incrementando la capacidad de atención y disminuyendo los tiempos de espera, lo que impacta positivamente la percepción del servicio y el acceso oportuno a la atención en salud.
25. Ampliación de los servicios de telemedicina y telesalud, facilitando el acceso a consultas especializadas, especialmente para población de zonas alejadas, reduciendo desplazamientos y fortaleciendo la continuidad del cuidado.
26. Gestión y respuesta a 1.232 PQRSF durante la vigencia, consolidando la escucha activa de la ciudadanía y fortaleciendo los mecanismos de participación y control social.
27. Reducción significativa de los reclamos dentro de las PQRSF, pasando del 42 % al 18 %, evidenciando mejoras en la calidad del servicio, la comunicación con los usuarios y la resolución efectiva de inconformidades.
28. Fortalecimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), con avances en el cumplimiento de los 60 estándares mínimos, promoviendo entornos laborales seguros y saludables para el talento humano.
29. Funcionamiento permanente del COPASST, garantizando la participación de los trabajadores en la identificación de riesgos y en la toma de decisiones relacionadas con la seguridad y salud laboral.
30. Desarrollo de programas de bienestar laboral, incluyendo pausas activas, yoga, reconocimiento al desempeño y actividades de autocuidado,

VIGILADO Supersalud

contribuyendo a la disminución del estrés laboral y al fortalecimiento del clima organizacional.

31. Implementación de un proceso estructurado de inducción y reinducción del talento humano, facilitando la adaptación, el conocimiento institucional y la calidad en la prestación de los servicios.
32. Fortalecimiento de la participación social en salud mediante 16 asociaciones de usuarios activas, promoviendo la corresponsabilidad ciudadana y el control social sobre la gestión institucional.
33. Implementación del stand de escucha institucional, como estrategia de atención directa a usuarios y comunidad, fortaleciendo la comunicación, la confianza y la atención centrada en las necesidades de la población.
34. Avances sostenidos en el proceso de transformación cultural y organizacional para la Acreditación en Salud, impulsando altos estándares de calidad, seguridad del paciente y mejora continua.
35. Integración de prácticas orientadas a la mitigación del cambio climático y la gestión ambiental, incorporando la sostenibilidad como eje transversal de la gestión institucional.
36. Articulación estratégica con la academia, facilitando procesos de docencia-servicio, investigación y gestión del conocimiento, que fortalecen la calidad de la atención y el desarrollo institucional.

La gestión desarrollada por la Red de Salud de Ladera E.S.E. durante la vigencia 2025 evidencia un desempeño institucional sólido, coherente y orientado a resultados, reflejado en el alto nivel de cumplimiento de las metas del Plan Operativo Anual y del Plan de Desarrollo Institucional. Los logros alcanzados demuestran la capacidad de la entidad para planear, ejecutar y evaluar de manera efectiva sus acciones, en un contexto de alta demanda social, restricciones presupuestales y retos estructurales del sistema de salud.

El fortalecimiento de la atención primaria en salud, la ampliación de la capacidad instalada mediante la modernización de IPS, la apertura de nuevos servicios estratégicos como la sala de ginecobstetricia y la puesta en marcha de unidades móviles de atención, han permitido mejorar el acceso, la oportunidad y la calidad de los servicios, especialmente para la población de territorios de difícil acceso y en condición de vulnerabilidad. Estas acciones ratifican el compromiso institucional con

VIGILADO Supersalud

la garantía progresiva del derecho fundamental a la salud y con un modelo de atención centrado en las personas, las familias y las comunidades.

De igual forma, los avances en salud mental, atención psicosocial, prevención de violencias, reducción de eventos de alto impacto en salud pública y fortalecimiento de programas diferenciales, evidencian una gestión sensible a las realidades sociales del territorio y alineada con los enfoques de equidad, integralidad e interculturalidad. El impacto positivo en la satisfacción de los usuarios y la disminución significativa de los reclamos confirman que las mejoras implementadas han sido percibidas y valoradas por la ciudadanía.

En el ámbito interno, el fortalecimiento del talento humano, la seguridad y salud en el trabajo, el bienestar laboral, la transformación cultural orientada a la Acreditación en Salud y la articulación con la academia, consolidan las bases para una institución más eficiente, sostenible y preparada para enfrentar los desafíos futuros. Asimismo, la integración de prácticas de gestión ambiental y sostenibilidad reafirma el compromiso gerencial con una prestación de servicios responsable y alineada con los principios del desarrollo sostenible.

En conclusión, la Red de Salud de Ladera E.S.E. cierra la vigencia 2025 con resultados significativos que fortalecen su posicionamiento como referente en atención materno-perinatal, salud mental y salud familiar y comunitaria, y que ratifican su responsabilidad con la transparencia, la rendición de cuentas y la mejora continua. Estos avances constituyen un punto de partida sólido para la consolidación de los objetivos estratégicos de las vigencias siguientes, en beneficio de la población y del sistema de salud en su conjunto.

Presentó:

DIANA CAROLINA VELASQUEZ MUÑOZ
Gerente

Elaboró: Darwin Steven Zapata – Jefe de Oficina Planeación
Revisó: Blanca Liliana Fernández – Subgerente de Promoción y mantenimiento de la salud
Yazmin Eliana Valencia – Subgerente Científica

Iván Mauricio Escobar – Subgerente Administrativo y Financiero
Rodrigo Alberto Garcés – Jefe Oficina de Talento Humano
Jorge Alberto Buitrago – Jefe Oficina Asesora Jurídica