



INFORME PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

En mi calidad de jefe de la Oficina Asesora de Planeación de la E.S.E Barrancabermeja, me permito informar que se llevó a cabo el proceso de seguimiento y evaluación del Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Acción correspondiente a la vigencia 2025.

Para el informe de Plan de Acción 2025, la Oficina Asesora de Planeación, implementó un semáforo que indica el cumplimiento porcentual de los indicadores y metas en cada reporte, así como tableros de control interactivos y alertas; estos semáforos incluyen las siguientes convenciones con los siguientes rangos o parámetros de evaluación:

Semáforo de avance porcentual PAI

Semáforo	Descripción
Óptimo	El avance del indicador es igual o superior al avance programado en el periodo (Igual o mayor al 85%)
Suficiente	El avance del indicador es menor al avance programado en el periodo (Entre 70% y 84%)
Insuficiente	El avance del indicador es muy bajo frente al avance programado en el periodo (Menor al 70%)

Fuente: Oficina Asesora de Planeación. E.S.E.B

La evaluación presentada se realizó con base en los soportes (evidencias) presentados por cada uno de los líderes de procesos responsables de las metas definidas en el Plan de Acción Institucional, permitiendo así una verificación objetiva del avance definitivo institucional.

A continuación, se resumen los principales hallazgos del seguimiento:

- El Plan de Desarrollo Institucional está conformado por metas de las áreas **administrativa, estratégicas, asistencial y de evaluación**.
- Para la vigencia 2025, se definieron **32 metas programadas** en total.
- Del total de metas: **31 metas presentan cumplimiento** del 100%.
- Del total de metas: **1 meta presenta cumplimiento del 82%**
- Las 32 metas cumplidas representan un **avance del 99,43%** en la ejecución del Plan de Acción.

A continuación, se presenta el cuadro detallado de seguimiento y evaluación de las metas contenidas en el Plan de Desarrollo Institucional / Plan de Acción, con su respectivo estado de cumplimiento en la vigencia 2025.

EMPRESA SOCIAL DE ESTADO BARRANCABERMEJA								
INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN DE ACCION CUARTO TRIMESTRE 2025								
NUMERO	AREAS RESPONSABLES	ACCIONES	META PROGRAMADA 2025	% DE AVANCE DE EJECUCION REPORTADO SEGÚN META PROGRAMADA A 31 DE DICIEMBRE/25	% SEGÚN EVALUACION realizada por el area de planeacion	TIEMPO PROGRAMADO (MESES)	INDICADORES DE RENDIMIENTO	FUENTE DE INFORMACION: Informes internos (trimestrales, técnicos, de gestión, etc.), Sitio web institucional, bases de datos, actas, registros fotográficos, correspondencia, entre otros documentos de respaldo.



1	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Ejecutar el presupuesto asignado para la vigencia en un 90%.	90%	92%	100%	12	Valor de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CXC de vigencias anteriores) / Valor de gastos comprometidos en la vigencia objeto (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)	Se ejecutó el valor de los ingresos de la vigencia 2025/el valor de gastos comprometidos, lo cual arrojó un avance de ejecución del 100% según la meta programada.
2	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Recaudar el 20% de cuentas por cobrar establecidas en el presupuesto inicial 2024 de vigencias anteriores.	20%	30%	100%	12	Valor total recaudado de las cuentas por cobrar de la vigencia anterior / valor total de cuentas por cobrar vigencias anteriores del presupuesto inicial) * 100	Se ejecutó el valor total recaudado de las cuentas por cobrar de la vigencia 2025/el valor total recaudado de las cuentas por cobrar de la vigencia 2024, lo cual arrojó un avance de ejecución del 100% según la meta programada.
3	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Incrementar la venta de servicios de salud de la E.S.E.B en un 1% para la vigencia 2025.	1%	30%	100%	12	Total, de ventas de servicios de salud de la vigencia actual (2025) / total de venta de servicios de salud vigencia anterior (2024)	Se cumplió con la meta programada con un avance de incremento de la venta de servicios de salud del 30% a 31 de diciembre de 2025.
4	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Lograr para la ESEB el cumplimiento del recaudo corriente en un promedio del 80%	80%	91%	100%	12	Recaudo realizado por facturación vigencia 2025 / Total de facturación radicada vigencia 2025	Se logró cumplir la meta en un 91% el cumplimiento del recaudo corriente en la vigencia 2025.
5	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Formular y ejecutar el Plan Estratégico de Tecnologías de la información PETI	80%	80%	100%	12	Actividades ejecutadas/ actividades programadas del Plan estratégico de tecnologías de la información PETI.	Plan Estratégico de Tecnologías de la información PETI formulado y publicado en la página web institucional, con un avance del 100% de ejecución a 31 de diciembre de 2025
6	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Formular y ejecutar el Plan Estratégico de gestión del Talento Humano - GETH	90%	100%	100%	12	Actividades ejecutadas/ actividades programadas del Plan Estratégico de gestión del Talento Humano - GETH	Todas las actividades programadas fueron ejecutadas al 100% a 31 de diciembre de 2025.
7	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Formular y ejecutar el Plan anual de trabajo del SGSST.	80%	100%	100%	12	Actividades ejecutadas/ actividades programadas del Plan Anual del trabajo.	El Plan anual de trabajo del SGSST formulado y publicado en página web institucional, y 85 actividades programadas y 85 actividades ejecutadas en el trimestre. Se adjunta evidencias.
8	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Formular y ejecutar el Plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades - PGIRASA	90%	100%	100%	12	Actividades ejecutadas/ actividades programadas del Plan de gestión integral de residuos hospitalario - PGIRASA	Plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades - PGIRASA formulado, 6 actividades programadas y 6 actividades ejecutadas en el trimestre. Se adjunta evidencias.
9	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Formular y ejecutar el programa de gestión documental- PGD	70%	100%	100%	12	Actividades ejecutadas/ actividades programadas del programa de gestión documental- PGD	Informe de gestión de las actividades de PGD con sus correspondientes anexos fotográficos y no fotográficos. 1 actividades programadas y 1 actividades ejecutadas en el trimestre. Se adjunta evidencias.
10	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Formular y ejecutar el Plan Institucional de archivo - PINAR	70%	100%	100%	12	Actividades ejecutadas/ actividades programadas en el Plan institucional de archivo- PINAR	Informe de gestión de las actividades del PINAR y PGD con sus correspondientes anexos fotográficos y no fotográficos. 3 actividades programadas y 3 actividades ejecutadas en el trimestre. Se adjunta evidencias.
11	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Formular y ejecutar el Plan de ACCION SARLAFT- SICOF	70%	100%	100%	12	Actividades ejecutadas/ actividades programadas en el Plan de Acción SARLAFT-SICOF	Publicado el Plan de ACCION SARLAFT- SICOF en la página web institucional, Publicado en el Secop II, se ha ido ejecutado en un 25% según la contratación publicada en el secop. Tres (03) actividades programadas y tres (03) actividades ejecutadas.
12	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Formular y ejecutar el Programa de Mantenimiento Hospitalario de la ESEB.	95%	96%	100%	12	Actividades ejecutadas/ actividades programadas en el Programa de Mantenimiento Hospitalario de la ESEB.	Programa de mantenimiento de le ESEB formulado, 24 actividades programadas y 23 actividades ejecutadas. Se adjunta evidencias.



13	JEFE DE CONTROL DISCIPLINARIO	Adelantar la defensa judicial y el daño antijurídico en los diferentes procesos judiciales en la que es parte la entidad, a través de la ejecución de las secciones de comité de conciliación y defensa jurídica para la prevención del daño antijurídico.	24	24	100%	12	Número de comités realizados/ número de comités programados.	Ejecución de las secciones de seis (06) comité de conciliación y defensa jurídica para la prevención del daño antijurídico programados y seis (06) ejecutados. Soportado en evidencias que reposan en el archivo de gestión documental del área de Planeación. Seis actividades programadas y seis (06) actividades ejecutadas.
14	JEFE DE CONTROL DISCIPLINARIO	Realizar la gestión efectiva de los procesos disciplinarios conforme a la normativa interna de la ESEB y/o a las leyes aplicables.	100%	100%	100%	12	Número de procedimientos disciplinarios en curso gestionados/ Número de procedimientos disciplinarios en curso.	Gestión efectiva de un (01) proceso disciplinario conforme a la normativa interna de la E.S.E.B y/o a las leyes aplicables. Soportado en evidencias que reposan en el archivo de gestión documental del área de Planeación. Un (01) procedimiento disciplinario en curso.
15	SUBDIRECCION CIENTIFICA	Aplicar la autoevaluación Único de Acreditación-SUA	1	1	100%	12	Autoevaluación del SUA SI ---- NO----	Se efectuó autoevaluación de 201 estándares de acreditación para la implementación y ejecución del PAMEC 2025.
16	SUBDIRECCION CIENTIFICA	Formular, ejecutar las 9 etapas de la ruta crítica del PAMEC para el ciclo de mejoramiento 2025	9	9	100%	12	Etapas de la ruta crítica ejecutadas/ Etapas de la ruta crítica formulados	Se efectuó diligenciamiento de ruta crítica de PAMEC 2025 en sus 9 pasos. De 9 programadas se ejecutaron 7.
17	SUBDIRECCION CIENTIFICA	Ejecutar el 90% de las acciones de mejoramiento suscritas en las auditorías del PAMEC	90%	90%	100%	12	Número de acciones ejecutadas/ número de acciones programadas en las auditorías del PAMEC	Autoevaluación del PAMEC bajo estándares de acreditación. Con corte a 31 de diciembre de 2025. todas las actividades programadas fueron ejecutadas al 100%.
18	SUBDIRECCION CIENTIFICA	Realizar la Autoevaluación anual en Estándares del Sistema Único de Habilitación bajo la Resolución 3100/19	1	1	100%	12	Autoevaluación anual realizado al SUH SI -- -- NO----	Autoevaluación anual en Estándares del Sistema Único de Habilitación bajo la Resolución 3100/19
19	SUBDIRECCION CIENTIFICA	Mantener la oportunidad de la atención de consulta externa por primera vez igual o menor a 3 días	3 días	3 días	100%	12	Sumatoria de los días hábiles de las citas de consulta externa de primera vez/ número de citas de consulta externa de primera vez	Durante el trimestre se ha logrado establecer la oportunidad en la asignación de citas a 3 días
20	SUBDIRECCION CIENTIFICA	Mantener el Triage 2 en promedio máximo de atención de 30 minutos	30 minutos	31 minutos	100%	12	Sumatoria de los minutos de la espera de la urgencia categorizada triage 2 / Número de consultas de urgencias triage 2 atendidas	Se ha logrado mantener el Triage 2 en promedio máximo de atención de 30 minutos a 31 de diciembre de 2025.
21	SUBDIRECCION CIENTIFICA	Aplicar la Guía Clínica de Hipertensión con un nivel de adherencia mayor igual a 90%	≥90	≥ 0,9	100%	12	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESEB en la vigencia objeto de evolución/Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial atendidos en la ESEB en la vigencia objeto de evaluación.	Durante el trimestre se ha logrado aplicar la Guía Clínica de Hipertensión con un nivel de adherencia mayor igual a 0,9



22	SUBDIRECCION CIENTIFICA	Aplicar la Guía Clínica de Crecimiento y Desarrollo con un nivel de adherencia mayor igual al 80%	≥80	≥ 0,80	100%	12	Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa en niños menores de 10 años a quienes se les aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación/Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial atendidos en la ESEB	Se cumplió con la meta al 100% a 31 de diciembre de 2025,
23	SUBDIRECCION CIENTIFICA	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	≥85	≥ 0,70	82%	12	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron al programa de control prenatal de la ESEB, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación	La proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación para el Trimestre es del 82%
24	SUBDIRECCION CIENTIFICA	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	≤0,03	≤ 0,03	100%	12	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencia en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación/ Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencia, en la vigencia objeto de evaluación.	Se logra cumplimiento de proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas, ≤0,03, al 100% a 31 de diciembre de 2025.
25	SUBDIRECCION CIENTIFICA	Mantener para cada vigencia los Servicios habilitados en el REPS	100%	100%	100%	12	Servicios en operación/ servicios reportados habilitados en el REPS	Se mantiene al 100% los servicios habilitados prestados en la institución.
26	SUBDIRECCION CIENTIFICA	Lograr una calificación a la percepción anual de la satisfacción global del cliente del 80%	80%	80%	100%	12	Número de encuestas cuya respuesta fue muy buena/ total de encuestas realizadas	Se logra la calificación a la percepción anual de la satisfacción global del cliente del 100%
27	SUBDIRECCION CIENTIFICA	Ejecutar el Plan de Acción de la Política de Participación Social en Salud - PPPSS en un 95% para la vigencia 2025	95%	95%	100%	12	Número de acciones del PPPSS ejecutadas/ Total de acciones del PPPSS programadas	Se logra ejecutar el Plan de Acción de la Política de Participación Social en Salud - PPPSS en un 100% para la vigencia 2025
28	SUBDIRECCION CIENTIFICA	Formular y ejecutar las actividades del programa institucional de seguridad del paciente	90%	90%	100%	12	Número de actividades ejecutadas del programa de seguridad del trabajo del paciente / Número de actividades del programa de seguridad del paciente	Formular y ejecutar las actividades del programa institucional de seguridad del paciente, se cumplió
29	OFICINA ASESORA DE PLANEACION SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA	Formular y ejecutar el Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano en un 90% de ejecución	90%	96%	100%	12	Actividades ejecutadas/ actividades programadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.	El Plan anticorrupción se encuentra formulado y publicado en página web institucional según los lineamientos normativos. https://www.esebarrancabermeja.gov.com . Actividades ejecutadas 64/ actividades programadas 64.alcanzand una avance de ejecución mayor al 99%.
30	OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Implementar las siete dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y gestión – MIPG	80%	100%	100%	12	Número de dimensiones implementadas/ Número de dimensiones de MIPG	Cumplimiento de políticas de MIPG con la resolución 209 de julio 26 de 2022 y a través de implementación de planes estratégicos e institucional publicados en página de la ESEB. https://www.esebarrancabermeja.gov.co/ Programadas 7 dimensiones y ejecutadas 7 dimensiones. a 31 de diciembre de 2025.



31	OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Gestionar un proyecto de remodelación, mejora de infraestructura y dotación de equipos y mobiliario para la ESEB	1	1	100%	12	Proyecto de infraestructura de obra gestionado/ Proyecto de infraestructura de obra adecuado programado.	Un (01) Proyecto de infraestructura de obra gestionado/ un (01) Proyecto de infraestructura de obra programado. Durante la vigencia 2025.
32	CONTROL INTERNO	Ejecutar en su totalidad el Plan Anual de Auditorias 2025	100%	100%	100%	12	Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas del Plan de Auditorias 2025	Se hace entrega de manera aleatoria diferentes informes que evidencian el cumplimiento de la acción en mención. Con un cumplimiento del 100% en la ejecución.
*** El presente Plan está sujeto a modificaciones, sustentadas, presentadas y aprobadas por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño								
****OBSERVACION. Toda aquella actividad u acción que se mida en forma anual favor escribir N/A y justificar su respuesta en la CELDA H (Fuente de información)								
****NOTA: Este resultado corresponde al porcentaje de ejecución definitiva de la vigencia 2025 del Plan de Acción Institucional, el cual alcanzó un cumplimiento del 99,43%. Durante el período evaluado se ejecutaron en su totalidad las 32 metas programadas, reflejando el cierre satisfactorio y completo de las acciones previstas para dicha vigencia.								

Dado en Barrancabermeja, a los diecinueve (19) días del mes de febrero de 2026.

DILIA ESTHER GUTIERREZ ORTIZ
Jefe Oficina Asesora de Planeación
Empresa Social del Estado de Barrancabermeja