

		FORMATO 5. EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR ÁREAS O DEPENDENCIAS						
		PROCESO: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL		CODIGO: F-ED-006				
				FECHA EMISIÓN	27/12/2016			
				Página	1 de 1			
								Versión
PERÍODO DE VIGENCIA		DÍA	MES	AÑO	al	DÍA	MES	AÑO
		1	1	2024		31	12	2024
Resultados de la evaluación por áreas o dependencias								
Nº	ÁREA O DEPENDENCIA.			CALIFICACIÓN DEL ÁREA O DEPENDENCIA		OBSERVACIONES		
1	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA			73,8%		Se realizó evaluación del plan de desarrollo el cual fue abrobado en el mes de agosto de 2024, para la subgerencia adminisitrativa se fijeron varias metas entre las que se encuetran documentar el programa de sostenibilidad financiera, se estructuró y calculo capitas y capitas ampliadas con las EAPB y se creo una unidad funcional de costos hospitalarios para articular con el CEI la actualización de los contratos con EAPB y garantizar un adecuado flujo de recursos, sin embargo algunas de las actividades sin ejecutar es la actualizacion del procedimiento del CEI, estructurar propuestas de contratación con base en datos para GRD y PGP		
2	SUBGERENCIA CIENTIFICA			76,0%		Para esta dependencia se realizó verificación en el plan de desarrollo los responsables de dar cumplimiento a las diferentes metas establecidas, encontrado que para la vigencia 2024 la subgerencia cientifica desarrolló un modelo de auditoría concurrente con el objetivo de implementar un enfoque preventivo que integre la gestión clínica con la gestión administrativa y financiera, estableció programa de eficiencia hospitalaria con el fin de optimizar los recursos hospitalarios en conformidad con el aumento de complejidad, se actualizó la política de experiencia del usuario con un enfoque integral cabe señalar que aunque se actualizó no se realizó su ejecución, se actualizó la policia de y programa de humanización, se fortalecieron los convenios de docencia servicio, se actualizaron los programas de salud familiar incluye4ndo los lineamientos del gobierno nacional; sin embargo no se supplieron ciertas metas como fueron, orientar el programa integral de salud familiar con enfoque en APS, no se desarrollo el programa de salud mental articulado al programa de salud familiar		
3	OFICINA ASESORA DE PLANEACION			59,8%		Se mejoró la gestion institucional a través del plan de acreditacion enfocado en aumento de la competitividad, se mantuvo la certificacion en condiciones de habilitación, se actualizaron las politicas institucionales con enfoque de acreditación, se cuenta con indicadores claves de desempeño por proceso y subproceso, sin embargo no se realizo seguimiento y monitoreo, así como tampoco se dio el cumplimiento de los indicadores, se realizó articulacion de los sisteas de gestion institucionales, se implementó la estrategia de monitoreo y control de indicadores clave en los servicios en tiempo real, se cuenta con programa de eficiencia hospitalaria con el fin de optimizar los recursos hospitalarios, se cuenta con política de mejoramiento continuo pero dicha politica no se encuentra aprobada solo documentada, una meta importante de destacar es que se implementó la política de administración de riesgos, definiendo controles en cada proceso y documentando los procedimientos de seguimiento, sin embargo no se desarrolló el plan de trabajo que desarrolle la política de administración de riesgos en todo el ciclo de riesgos en todos los procesos con monitoreos sistemáticos y enfoque de mejoramiento, se implemento el programa de fortalecimiento organizacional, articulando el modelo de prestacion de sercios con la contratación con las EAPB, se elaboró y se presnto para aprobacion la habilitación del servicio de cuidado basico neonatal. Ahora bien tambien se debe tener en cuenta que no se ejecutaron ciertas actividades o no completaron el 100% de la ejecución como es el caso de el fortalecimiento de los procesos de analitica institucional, se igual forma no se implemento el mapa de aseguramiento institucional, no se documento el mejoramiento de MIPG ni se adelanto las politicas de autoevaluacion de MIPG por politicas, no se tiene actualizado ni consolidado el manual de procedimientos en el SGC, no se elaboró los POA		

4	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - TALENTO HUMANO	100,0%	Se establecieron lineamientos de gestion estrategica del talento humano para mantener y atraer personal, era la unica actividad de la vigencia para el area, por lo que sumplió con el 100% de las actividades propuestas en el plan de desarrollo para el cuatrenio
5	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA -GESTIÓN DOCUMENTAL	33,3%	Frente a esta dependencia de gestion documental se evidenció que no hubo casi avances, de las 3 metas propuestas para la vigencia 2024 en el plan de desarrollo unicamente se cumplió con la actualizacion de las herramientas archivisticas según los lineamientos de la AGN pero no se realizó la actualización y aprobación del programa de gestion documental ni se garantizó el cumplimiento de este
6	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	78,0%	Se realiza evaluación con el plan de desarrollo del cuatrenio encontrando que para la vigencia 2024 se tenia la meta de cumplir con al menos un 90% de los lineamientos del plan de SGSST, cumpliendo unicamente con el 63% de la meta planteada lo que conlleva a un 78% del cumplimiento total
7	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - RECURSOS FISICOS	60,0%	En el plan de desarrollo del cuatrenio se establecieron 4 metas para la vigencia 2024 de las cuales 2 fueron cumplidas a satisfacción como lo son presentar proyectos de infraestructura fisica para gestionar recursos externos este proyecto consistió en adecuaciones en el cambio de cubiertas de la ESE, y la otra actividad fue formular y desarrollar planes de mantenimiento hospitalario con enfoque preventivo; 2 actividades fueron ejecutadas al 50% que fueron fomrilar el plan maestro de infraestructura en salud el cual no fue presentado a la junta directiva y formular el plan estrategico de adecuaciones
8	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - SISTEMAS	50,0%	Frente al area de sistemas en el plan de desarrollo se establecieron 3 metas una se cumplió al 100% la cual consistió en diagnosticar y desarrollar los niveles de madurez del modelo de seguridad y privacidad, 1 actividad se cumplió al 50% la cual fue el desarrollo del modelo de gobierno digital definido por MinTic y 1 actividades no tuvo ejecución la cual fue documentar e implementar el manual de gerencia de la información
9	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - GESTIÓN AMBIENTAL	100,0%	Se planteó una actividad que se cumplió al 100% la cual consistió en actualizacion de la politica de gestion ambiental con enfoque de acreditación
10	SUBGERENCIA CIENTIFICA - CALIDAD	100,0%	Se planteó una actividad la cual se cumplio que consisitia en documentar el Modelo de prestación de servicios en el cual se articule el modelo de atención institucional con base en APS en los diferentes niveles de complejidad que oferta el hospital, definiendo las diferentes rutas de atención según las tipologías de servicios.
11	SUBGERENCIA CIENTIFICA - HOSPITALIZACIÓN	100,0%	Se fortalecieron los programas de atención extramural por lo que se actualizó el programa de hospitalización domiciliaria, se documento el plan de implementacion de guias de practica clinica con enfoque de mejoramiento y se documento el plan de fortalecimiento del servicio de urgencias.
12	SUBGERENCIA CIENTIFICA - SEGURIDAD DEL PACIENTE	100,0%	Se cumplió con la actividad programada consistente en desarrollar el programa de seguridad del paciente estableciendo plan de acción con enfoque de mejora continua de acuerdo con las buenas prácticas y sucesos históricos en conformidad con la realidad institucional.

Observaciones generales: Con el ánimo de realizar una evaluación objetiva y concordante con la planeacion institucional, se realizó en base al plan de desarrollo; información suministrada por el asesor de planeacion, asi como los diferentes seguimientos y evidencias de cumplimiento durante la vigencia.

Nota: Tener en cuenta los siguientes aspectos para efectuar la calificación:

- i) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo;
- ii) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados y;
- iii) Los resultados de la ejecución por dependencias de acuerdo con lo programado en la planeación institucional.

En el evento de detectar limitaciones de orden presupuestal o administrativo, se deben describir los aspectos más relevantes que hayan afectado la ejecución de los planes institucionales en cada dependencia.

Nota: En la hoja dos se presenta el detalle de las unidades funcionales, los objetivos, las metas y los porcentajes de cumplimiento

Elaboró: KATHERIN ZAMARA BELTRÁN BARRERA - Asesora de Control Interno de Gestion- Hospital Regional de Moniquirá

Presentado el 28/02/2024

[Firma manuscrita]

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2027- SEGUIMIENTO POR DEPENDENCIAS						
UNIDAD FUNCIONAL	POLITICA	ESTRATEGIA	METAS	CUMPLIMIENTO (SEGUIM 31/12/2024)	CUMPLIMIENTO DE METAS POR ACTIVIDADES (%)	CUMPLIMIENTO DE METAS POR OBJETIVO (%)
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Politica de gestión de calidad	Mejorar la gestión institucional a través del plan de acreditación enfocado en aumento de la competitividad.	Cumplimiento del plan de acreditación	El plan de acreditación se formuló entre los meses de abril y junio con base en la autoevaluación de estándares de acreditación adelantada por la entidad en el mes de diciembre de 2023, en las cuales se plantearon 389 acciones, las cuales se plantearon en conformidad con la normatividad emanada por el MSPS referente al Sistema Unico de Acreditación (SUA) DEL Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud. El proceso de autoevaluación arrojó un resultado de 1,81. Se plantearon 202 acciones y se ejecutaron hasta 31 de diciembre un total de 45, para un cumplimiento del 20,4 % con lo cual se cumplió la meta planteada.	100,00%	100,00%
		Mantener la certificación en condiciones de habilitación, evaluando de manera periódica y sistemática los estándares en los servicios	Certificación en condiciones de habilitación vigente	En la vigencia 2024 no se recibieron visitas de IVC, sin embargo, desde el área de calidad se adelantan acciones continuas para garantizar el cumplimiento de cada uno de los estándares de habilitación en salud en conformidad con la Resolución 3100 de 2019.	100,00%	
OFICINA ASESORA DE PLANEACION		Actualizar las políticas institucionales con enfoque de acreditación buscando el mejoramiento continuo de los procesos	Políticas institucionales actualizadas con sus respectivos programas en ejecución	Durante 2024 se actualizaron las políticas de Talento humano, humanización, experiencia del usuario, seguridad y salud en el trabajo, ambiental, discapacidad, seguridad vial, seguridad y privacidad de la información, gobierno digital, prevención de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, seguridad del paciente, gestión financiera, gestión estratégica de la tecnología, gestión estratégica del ambiente físico y referenciación. Es decir en conformidad con el indicador se actualizaron 16 políticas de un total de 18 políticas en el inventario que reposa en Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en el software Almera. Se priorizaron estas políticas debido a deber normativo y priorización institucional de proceso, por lo cual el resultado del indicador es de un 88% , cumpliendo la meta propuesta	100,00%	100,00%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION		Establecer indicadores claves de desempeño por proceso y subproceso, estableciendo sistematicidad en el seguimiento y mejoramiento	Cada subproceso debe tener como menos un KPI	El actual mapa de procesos de la entidad cuenta con 21 procesos que se despliegan en 70 subprocesos. Durante el proceso de implementación y parametrización del Software de Gestión Integral (SGI) Almera se parametrizaron 414 indicadores encadenados con el direccionamiento de la entidad y el plan de acreditación. Por lo cual en conformidad con el indicador, la meta se cumplió en un 100%.	100,00%	

OFICINA ASESORA DE PLANEACION	asociado a la medición de estos.	Seguimiento y monitoreo mensual a los KPI	No se registra mecanismos de seguimiento mensual en Almera	0,00%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION		Cumplimientos indicadores	No se registra mecanismos de seguimiento mensual en Almera	0,00%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION		Establecer plan de acción que articule el SOGCS con MIPG	Desde la oficina asesora de planeación se documentó el plan con base en los autodiagnósticos MIPG. Se documentaron 30 acciones.	100,00%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Articular los sistemas de gestión institucionales con el fin de aumentar la eficiencia institucional desde una perspectiva de acreditación	Ejecutar el plan de acción en más del 90% con el fin de mejorar la eficiencia organizacional	De las 30 acciones en el plan se ejecutaron 12, relacionadas con el fortalecimiento de trámites, mejoramiento del índice de transparencia institucional , elaboración de autodiagnósticos y documentación de procesos y procedimientos. En conformidad con la formula del indicador, el cumplimiento fue del 40%, por lo cual se cumplió la meta	100,00%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION		Establecer estrategia de monitoreo y control de indicadores	La estrategia se documentó y se denominó Centro de Excelencia Operacional (CEO) ,su funcionamiento se evidencia en los tableros que se instalaron en cada servicio y en la torre de control monitoreada por la oficina asesora de planeación, subgerencia científica y auditoría concurrente	100,00%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Establecer e implementar estrategia de monitoreo y control de indicadores clave en los servicios en tiempo real para fortalecer los procesos de toma de decisiones	Contar con tableros de seguimiento en tiempo real por servicio	El Hospital cuenta actualmente con los siguientes grupos de servicios: Consulta externa, Salas de cirugía, ginecobstetricia, Hospitalización, pediatría, UCI, observación, urgencias. En el CEO, se cuentan con tablero de indicadores en Power BI utilizando herramientas de inteligencia de negocios en donde se muestran indicadores de gestión clínica como producción, oportunidad en la respuesta de interconsultas, reingresos, giro cama, tiempo promedio de estancia, SOFA, APACHE, entre otros indicadores propios que permiten medir la eficiencia, eficacia y productividad en cada servicio con enfoque de gestión clínica.	100,00%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION		Contar tableros de monitoreo de pacientes por servicio	El Hospital cuenta actualmente con los siguientes grupos de servicios: Consulta externa, Salas de cirugía, ginecobstetricia, Hospitalización, pediatría, UCI, observación, urgencias. En cada uno de estos servicios se desarrolló un tablero que se muestra en los televisores dispuestos en cada servicio	100,00%
SUBGERENCIA CIENTIFICA	Política de Eficiencia Organizacional Desarrollar un modelo de auditoría concurrente	Definir programa de auditoría concurrente	En primera medida desde el mes de abril con el comienzo de la actual administración y en concordancia con los hallazgos financieros identificados en el proceso de empalme , se observó la necesidad de contar con auditoría concurrente con el fin de prevenir la glosa y mejorar los procesos en tiempo real en cada servicio, mejorando la adherencia a procesos, por lo cual el programa tiene un enfoque clínico y financiero	100,00%

62,35%

SUBGERENCIA CIENTIFICA	con el objetivo de implementar un enfoque preventivo que integre la gestión clínica con la gestión administrativa y financiera.	Ejecutar programa de auditoría concurrente	En el programa se plantean 5 líneas de acción y en 4 se evidencia acciones de mejoramiento institucional que ha servido para mejorar los procesos de internación y urgencias, mejorando los tiempos de atención, la adherencia a protocolo de egreso seguro, mejora en la asignación de camas y respuesta a interconsultas, así como identificación de glosas, disminución y gestión de estas. Por lo cual en conformidad con la fórmula del indicador, el resultado del programa es del 80% con lo cual se cumple a cabalidad la meta planteada	100,00%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Establecer Planes Operativos Anuales (POA) por procesos consecuente con el direccionamiento estratégico del hospital que incorpore las buenas prácticas adelantadas por el hospital.	Elaborar y presentar a Junta Directiva POA por unidades funcionales	No se desarrolló la actividad en 2024	0,00%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION		Ejecución de los POA por unidad funcional	No se desarrolló la actividad en 2024	0,00%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Elaborar Planes Operativos Anuales de los comités Institucionales en conformidad con el direccionamiento estratégico de la ESE	Revisar y actualizar los actos administrativos en su funcionamiento y conformación en conformidad con el direccionamiento estratégico de la ESE	En 2024 se actualizaron los comités de Historias Clínicas, emergencias, Sostenibilidad financiera y Ciclo Económico Interno, por lo cual se actualizaron 4 de 13 comités conformados, por lo cual el resultado del indicador es del 30% que respecto a la meta planteada corresponde con un 60% de cumplimiento	60,00%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION		Elaborar y presentar a Junta Directiva POA por Comités institucionales	No se desarrolló la actividad en 2024	0,00%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION		Ejecución de los POA por comités	No se desarrolló la actividad en 2024	0,00%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Establecer programa de eficiencia hospitalaria con el fin de optimizar los recursos hospitalarios en conformidad con el aumento de complejidad	Documentar programa de eficiencia Hospitalaria	El programa se documentó en el marco de las acciones tendientes de mejora en las áreas asistenciales y en especial en salas de cirugía, según diagnóstico identificado y la literatura que indica que la productividad de un hospital de este nivel de complejidad depende del servicio quirúrgico	100,00%
SUBGERENCIA CIENTIFICA		Ejecución del programa	De las 5 acciones se ejecutaron 4, relacionadas con el cumplimiento en la mejora de la productividad en salas de cirugía, asignación de quirófanos, mejora en el servicio de urgencias (Tiempos de atención) mediante la implementación del modelo de urgenciólogos, aumento de la capacidad instalada y reubicación de servicio de pediatría, por lo cual en conformidad con la fórmula del indicador el cumplimiento es del 100%	100,00%

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - Gestion documental	Politica de fortalecimiento organizacional	Implementar el Programa de gestión documental en conformidad con los lineamientos del AGN.	Actualizar programa y aprobado por el CIGYD	Actividad no ejecutada	0,00%	45,33%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - Gestion documental			Actualizar las herramientas archivísticas según lineamiento del AGN	Se actualizaron los instrumentos como el registro de activos de información, índice de información clasificada, esquema de publicación de información, quedando pendiente el Cuadro de Clasificación documental CCD y el Formato Único de Inventario Documental FUID, por lo cual se actualizaron 4 de 6, con un resultado de un 66% que cumple a cabalidad con la meta planteada	100,00%	
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - Gestion documental			Garantizar el cumplimiento del Programa 10 de Gestión Documental	No se evidencia avance	0,00%	
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA -Seguridad y salud en el trabajo			Cumplir con al menos un 90% de los lineamientos del plan de trabajo anual de SGSST	El plan se cumplió en un 63% que de acuerdo con la meta planteada corresponde con un 78%	78,00%	
OFICINA ASESORA DE PLANEACION			Manual de procesos actualizado y consolidado y debidamente aprobado	Se cargaron los procesos y procedimientos en el SGI Almera de acuerdo con el proceso de parametrización e implementación adelantado en 2024 consolidando el SGC en el SGI, más no se evidencia aprobación formal	50,00%	
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Politica de mejoramiento continuo	Desplegar la política de mejoramiento continuo con el fin de establecer puntos de control que aumenten la productividad y mejoren la posición competitiva del hospital.	Actualizar las caracterizaciones de procesos	Se cuentan con 31 caracterizaciones de los 70 subproceso, por lo cual el porcentaje de cumplimiento es de un 44%	44,00%	74,20%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION			Documentar y aprobar política de mejoramiento continuo con su respectivo programa	Se cuenta con la política de mejoramiento documentada por las áreas de calidad y planeación que contempla los lineamientos marco del eje de acreditación de mejora continua El Programa se encuentra documentado, más no aprobado	75,00%	
OFICINA ASESORA DE PLANEACION			Cumplir con al menos un 90% de los lineamientos de la política	Se cumplen con 3 lineamientos de 5, referente a la realización de Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM), planteamiento de acciones de mejora en comité directivo, e identificación y valoración de riesgos como parte integral y preventivo del mejoramiento continuo, de acuerdo con el indicador planteado se cumplieron un 60%, por lo cual se cumplió a cabalidad la meta	100,00%	
OFICINA ASESORA DE PLANEACION			Documentar plan de mejoramiento MIPG aprobado por CIGYD	Se documentó el plan, más no se aprobó en CIGYD	50,00%	
OFICINA ASESORA DE PLANEACION			Adelantar la autoevaluación MIPG por políticas	El profesional de apoyo MIPG adelantó las autoevaluaciones entre los meses de septiembre y diciembre, más no han sido presentadas en CIGYD	50,00%	

OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Implementación del plan de desempeño institucional.	Mejorar el índice de desempeño institucional	El índice de la vigencia 2024 no se ha publicado, ya que la evaluación FURAG no ha sido adelantada por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública , por lo cual el índice vigente corresponde a la vigencia 2023 y es de 72.7 que corresponde con un 96% de la meta propuesta	96,00%	
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Política Administración del riesgo	Actualizar Política	Política aprobada por la Gerencia mediante acto administrativo y socializada en la jornada de actualización de riesgos adelantada con los líderes de proceso y subproceso el 13 de noviembre	100,00%	42,86%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION		Actualizar y consolidar matriz institucional de riesgos	Se actualizaron el 100% de las matrices de riesgo por proceso, es decir se cuenta con 21 matrices de proceso, de acuerdo con la estructura del mapa de proceso de la entidad	100,00%	
OFICINA ASESORA DE PLANEACION		Hacer seguimiento a la efectividad de controles	Actividad no ejecutada en 2024	0,00%	
OFICINA ASESORA DE PLANEACION		Desarrollar plan de trabajo para el cumplimiento de la política de riesgos	Actividad no ejecutada en 2024	0,00%	
OFICINA ASESORA DE PLANEACION		Cumplir el plan de trabajo	Actividad no ejecutada en 2024	0,00%	
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Implementar los subsistemas de gestión de riesgo establecidos por la SNS estableciendo plan de acción para el desarrollo de herramientas y seguimiento a la efectividad de controles	Cumplir con lo establecido por la SNS en cada subsistema de riesgos	Se ejecutaron los subsistemas de riesgo operacional con la jornada de identificación de riesgos, el sistema de gestión de riesgos de seguridad del paciente con la implementación del programa de los 5 subsistema planteados por la Superintendencia Nacional de Salud, por lo cual el porcentaje de implementación fue de un 40%, cumpliendo la meta a satisfacción	100,00%	
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Implementar el mapa de aseguramiento institucional para establecer formalmente el esquema de líneas de defensa.	Hacer seguimiento a las líneas de defensa institucionales	Actividad no ejecutada en 2024	0,00%	
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Implementar programa de fortalecimiento organizacional, articulando el modelo de prestación de servicios con la contratación con las EAPB y la apertura de nuevos servicios en el marco de lo establecido en PTRRM	Documentar programa de fortalecimiento organizacional	Se documentó programa orientado al fortalecimiento organizacional a través del establecimiento de controles en el comité de sostenibilidad financiera, en la subgerencia administrativa y financiera, fortalecimiento del CEI	100,00%	
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Implementar un programa de sostenibilidad financiera en consonancia con el modelo de prestación de servicios	Documentar programa de sostenibilidad financiera	Se ejecutaron 4 de las 5 acciones planteadas El programa de sostenibilidad financiera se articuló junto con el programa de eficiencia hospitalaria y fortalecimiento organizacional con el fin de ser más eficientes y garantizando un equilibrio presupuestal con recaudo	90,00%	

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Política de gestión financiera	Crear una unidad funcional de costos hospitalarios para articular con el CEI la actualización de los contratos con EAPB y garantizar un adecuado flujo de recursos.	Documentar procedimientos de la unidad y establecerla formalmente	Procedimientos documentados en los subprocesos de autorizaciones, facturación, radicación, cartera, agendamiento, glosas y devoluciones, aseguramiento	100,00%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA			Estructurar paquetes en conformidad con la estructura de costos de la entidad	Se documentaron y calcularon 70 paquetes quirúrgicos que han sido ofertados a las diferentes EAPB, por lo cual sobrepasa los 63 servicios habilitados actualmente	100,00%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Desarrollar metodologías que involucren cálculos actuariales en para dar respuesta oportuna en la prestación de servicios de salud y las relaciones inherentes de contratación con los aseguradores	Estructurar y calcular capitales y capitales ampliadas con las EAPB	Se presentaron Capitales a las diferentes EAPB con las cuales se actualizaron contratos y / o acuerdos de voluntades, llegando a acuerdo con Cajacopi	100,00%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA			Estructurar propuestas de contratación con base en datos para GRD y PGP	No se evidencia actividad en 2024	0,00%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Rediseñar el CEI con el fin de garantizar eficiencia en los subprocesos, mejorar los indicadores asociados con recaudo y la sostenibilidad financiera del hospital, estableciendo un plan de acción detallado con responsables y metas articuladas con el plan financiero institucional.	Procedimientos del CEI actualizados	No se evidencia actividad en 2024	0,00%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA			Mejorar el recaudo corriente	Recaudo Corriente = 42.484.034.173 Venta de Servicios de Salud = 98.344.218.792 Por lo tanto el Recaudo Corriente fue del 43%, cumpliendo cabalmente la meta propuesta	100,00%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Reestructurar el subproceso de autorizaciones con el fin de facilitar el acceso de los pacientes a los servicios de salud, propendiendo por la sostenibilidad financiera del hospital.	Procedimientos actualizados	Procedimientos documentados en los subprocesos de autorizaciones, facturación, radicación, cartera, agendamiento, glosas y devoluciones, aseguramiento.	100,00%
Subgerencia administrativa y financiera – Recursos Físicos		Formular un plan maestro de infraestructura en salud para proyectar la prestación de servicios de salud a 20 años en conformidad con las proyecciones demográficas y perfiles prospectivos de morbilidad y mortalidad.	Formular y presentar a Junta Directiva Plan maestro de infraestructura	El plan se formuló, más no se presentó a Junta Directiva	50,00%
Subgerencia administrativa y financiera – Recursos Físicos		Formular y presentar proyectos de infraestructura física para gestionar recursos externos con el fin de poder responder a la demanda y apertura de nuevos servicios.	Presentar proyectos para gestión de recursos	Se formuló y presentó proyecto de adecuaciones menores para el cambio del 100% de las cubiertas del Hospital, proyectado avalado por la Secretaría Departamental de Salud y cuenta con asignación de recursos por parte del MSPS	100,00%

77%

Subgerencia administrativa y financiera – Recursos Físicos	Política de gestión estratégica del medio ambiente	Formular, preparar y desarrollar plan de adecuaciones en infraestructura con el fin de ajustar la prestación de servicios en conformidad con la demanda en condiciones de humanización y calidad	Formular plan estratégico de adecuaciones	Se formuló plan más no se presentó a CIGYD	50,00%
			Ejecutar el plan de adecuaciones	Las adecuaciones se ejecutaron en un 100% de acuerdo con el plan formulado por el área de infraestructura	100,00%
		Formular y desarrollar planes de mantenimiento hospitalario con enfoque preventivo y predictivo.	Plan de mantenimiento hospitalario aprobado por ente territorial	El plan fue aprobado por la Secretaría Departamental de Salud en el mes de enero	100,00%
Subgerencia administrativa y financiera – Gestión Ambiental			Ejecutar el plan de mantenimiento hospitalario	El plan de mantenimiento hospitalario se ejecutó en un 93%, por lo cual se cumplió cabalmente con lo planeado	100,00%
		Desarrollar la política de gestión ambiental con enfoque de sostenibilidad, formulando programas y proyectos que mejoren el desempeño institucional.	Actualizar política de gestión ambiental con enfoque de acreditación y sostenibilidad	La política se actualizó por el área de gestión ambiental en lineamiento con el sistema de gestión ISO 14001	100,00%
			Formular programa	El Programa se formuló por el área de gestión ambiental	100,00%
Subgerencia administrativa y financiera – recursos físicos		Formular proyectos de dotación hospitalaria, gestionando los recursos ante el Ministerio de Salud y Protección Social para que los servicios actuales y nuevos cumplan con altos estándares de calidad.	Presentar proyectos para gestión de recursos	No se evidencia avances en la implementación	0,00%
		Desarrollar el modelo de gobierno digital definido por el MinTIC para desarrollar de manera estratégica los componentes de ciencia, tecnología e innovación para mejorar la competitividad.	Implementar el modelo de gobierno digital	Se diagnosticó el MSPI de acuerdo con el lineamiento del Min Tic, sin embargo el plan no se ejecuta	50,00%
		Diagnosticar y desarrollar los niveles de madurez del Modelo de Seguridad y Privacidad de la información.	Implementar el modelo de seguridad y privacidad de la información	Se diagnosticó el MSPI de acuerdo con el lineamiento del Min Tic	100,00%
Subgerencia administrativa y financiera – Sistemas		Documentar e implementar el manual de gerencia de la información.	Implementar los lineamientos del manual	No se evidencia ejecución	0,00%
77,78%					
50,00%					
50,00%					
50,00%					

Subgerencia administrativa y financiera - talento humano	Política de gestión estratégica del talento humano	Establecer lineamientos de gestión estratégica del talento humano para mantener y atraer personal con altas cualidades técnico-científicas para mejorar la eficiencia y competitividad institucional.	Diagnosticar GETH	El diagnóstico se elaboró en conjunto las áreas de Talento Humano y Planeación	100,00%	88,00%
			Actualizar PETH	El plan de documentó y aprobó en el marco del plan de acción de la entidad (Planes Decreto 612 de 2018)	100,00%	
			Ejecutar el PETH	El PETH se ejecutó en un 32% que corresponde a un 64% de la meta planteada	64,00%	
Subgerencia Científica	Política de humanización	Actualizar la política de experiencia del usuario con un enfoque integral que mejore la percepción de los usuarios respecto a la prestación de servicios, considerando los momentos de verdad	Actualizar Política	La política fue actualizada y aprobada mediante acto administrativo 423 de 2024	100,00%	66,67%
			Formular programa	El programa fue formulado y aprobado	100,00%	
			Ejecutar Programa	Dado que el programa se aprobó en diciembre, no es posible validar ejecución	0,00%	
Subgerencia Científica		Actualizar la política y respectivo programa de humanización, articulando los aspectos de experiencia del usuario con los de gestión clínica asociados.	Actualizar Política	La política fue actualizada y aprobada mediante acto administrativo 423 de 2024	100,00%	
			Formular programa	El programa fue formulado y aprobado	100,00%	
			Ejecutar Programa	Dado que el programa se aprobó en diciembre, no es posible validar ejecución	0,00%	
OFICINA ASESORA DE PLANEACION		Habilitar el servicio de cuidado básico neonatal en conformidad con el PTRRM, proyectando la apertura de cuidado intermedio neonatal.	Elaborar y presentar para aprobación	Se elaboró estudio de factibilidad el cual fue presentado a la Secretaría Departamental de salud en el marco de la presentación del proyecto de dotación	100,00%	
			Actualizar programa de Hospitalización Domiciliaria	El Programa se actualizó en el mes de abril y mayo para presentarlo en la actualización de contratos con EAPB	100,00%	
			Programa en ejecución	El programa no ha podido funcionar dado que ninguna EAPB autoriza el servicio	0,00%	
Subgerencia Científica- Hospitalización		Fortalecer los Programas de atención extramural como el de Hospitalización domiciliaria aprovechando los cambios epidemiológicos y mejorar los indicadores de eficiencia hospitalaria.	Documentar plan de implementación	El documento fue aprobado por el grupo estratégico de implementación de GPC, los cuales son integrantes del Comité de HC, el documento responde metodológicamente a las necesidades institucionales en términos de gestión clínica	100,00%	

Subgerencia Científica-Hospitalización	Proyección de servicios	Desarrollar de manera metodológica el proceso de Implementación de Guías de Práctica Clínica con enfoque de mejoramiento continuo y de acuerdo con el perfil epidemiológico de la institución en todos los servicios	Ejecutar el plan de implementación	Se ejecutaron la totalidad de las acciones planteadas para la vigencia 2024 respecto del plan de implementación d GPC, relacionado con la priorización de GPC de acuerdo con el perfil epidemiológico , actualización de protocolos , documentación de vías de práctica clínica y diseño de herramientas específicas para cada GPC trabajado en conjunto el área de GPC y cada médico especialista según el ámbito de competencia	100,00%	72,73%
			Mejorar la medición de adherencia	La adherencia promedio de los servicios con medición fue del 66%, con lo cual de acuerdo con la meta planteada se cumplió a cabalidad	100,00%	
			Documentar plan de fortalecimiento del servicio de urgencias	El líder del servicio, especialista en Urgenciología lo documentó	100,00%	
Subgerencia Científica-Hospitalización	Fortalecimiento del proceso de urgencias, a través de adecuaciones en infraestructura, indicadores de gestión clínica	Fortalecimiento del Modelo de prestación de servicios en el cual se articule el modelo de atención institucional con base en APS en los diferentes niveles de complejidad que oferta el hospital, definiendo las diferentes rutas de atención según las tipologías de servicios.	Ejecutar el plan	Se ejecutaron el 100% de las acciones planteadas relacionadas con la disminución de reingresos, tiempos de atención en especial el Triage II, establecimiento de un coordinador médico general para fortalecer el servicio, remodelación de las instalaciones con enfoque de humanización y adquisición de sillas que permite un ambiente de transición más cómodo	100,00%	
			Documentar el modelo de prestación de servicios	El modelo fue documentado por el área de calidad y medicina familiar	100,00%	
			Documentar Programa que desarrolle la política	No se evidencia ejecución	0,00%	
Subgerencia Científica-Calidad	Seguridad del paciente	Desarrollar el programa de seguridad del paciente estableciendo plan de acción con enfoque de mejora continua de acuerdo con las buenas prácticas y sucesos históricos en conformidad con la realidad institucional.	Ejecutar el plan	No se evidencia ejecución	0,00%	66,67%
			Actualizar Política y Programa	Se actualizó Política y programa	100,00%	
			Ejecutar el programa	Se ejecutaron 4 de las 5 líneas que componen el programa, cumpliendo con la meta a cabalidad	100,00%	
Subgerencia científica - seguridad del paciente		Fortalecer el programa de seguridad del paciente estableciendo indicadores clave en el SIG con el fin de mejorar los resultados en salud.	Establecer indicadores clave y parametrizarlos en el SGI	No se evidencia ejecución	0,00%	
			Documentar el manual de procedimientos de la unidad de inteligencia de negocios y analítica de datos que incorpore metodologías de minería de datos	Manual documentado más no ha sido presentado al CIGYD	50,00%	
			Establecer y Plan de trabajo en conformidad con las necesidades institucionales de analítica	Plan de trabajo elaborado, se implementa metodología ágil SCRUM para la gestión de los proyectos, utilizando la herramienta Odoo	100,00%	

OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Gestión del conocimiento y la innovación	Fortalecer los procesos de analítica institucional generando datos estratégicos a través de minería de datos para la toma de decisiones con base en datos y hechos.	Ejecutar plan de trabajo de la unidad analítica	El plan se ejecutó en un 100% de acuerdo con lo planteado en Odoos y en el informe de la Unidad de Inteligencia de Negocios y Analítica de Datos	100,00%
			Generar herramientas de inteligencia de negocios para el mejoramiento institucional	Se desarrollaron 20 herramientas de las 20 solicitadas por las unidades funcionales de acuerdo con el procedimiento establecido, entre estas ISHIKAWA, AMFE Y PARETO, triage obstétrico que obtuvo reconocimiento a nivel departamental, matriz de agendamiento incorporando 4 Bases de datos diferentes, herramientas de muestreo y selección aleatoria usando Power BI, actualización de las macros del cuadro de turnos de enfermería, y los diferentes dashboard de indicadores	100,00%
			Generar desarrollos y aplicativos usando programación web	Se desarrollaron el 100% de los aplicativos webs que implicaron desarrollo en lenguajes de programación con PHP, con un total de 10 desarrollos, entre los que destacan Cuadro de turnos para consulta externa, software de cartera, Sitio de Analítica, ejecución del proyecto CEO, desarrollando y manteniendo un tablero en cada servicio, formularios de referencia y contrarreferencia, aula virtual Moodle, digiturno consulta externa y urgencias y mapa de camas actualizado con censo en tiempo real	100,00%
			Ejecutar plan de trabajo	Se ejecutaron 8 de 26 actividades programadas en 2024, para un porcentaje de ejecución del 30% , para un porcentaje de cumplimiento del 60% respecto a la meta	60,00%
Subgerencia científica		Desarrollar la política de gestión de conocimiento y la innovación con uso de las tecnologías de la información, la ciencia de datos y herramientas de analítica.	Publicar investigación científica donde en el Hospital y en el marco de su misión se desarrolle el objeto de la investigación	Artículo publicado en revista digital de Uniboyacá año 2024 fruto de trabajo de investigación desarrollado en el Hospital Regional de Monquirá por estudiantes de posgrado de Epidemiología de Uniboyacá, dos de ellas previamente colaboradoras de HRM (Dra. Laura Pinzón, Dra Tania Ávila) hoy residentes de medicina interna y medicina familiar respectivamente en conjunto con Dr. Alexander Ponce Gastroenterólogo de la institución y el Dr. Fabián Sánchez Médico Internista de la institución	100,00%
Subgerencia científica		Fortalecer los convenios docencia servicio para fomentar el desarrollo científico del Hospital.	Actualizar los convenios docencia servicio según la necesidad institucional	Convenios actualizados con Uniboyacá y UPTC	100,00%
Subgerencia científica		Establecer indicadores en el programa integral de salud familiar con el enfoque de resultados en salud, disminuyendo la carga de enfermedad del área de influencia del hospital, estableciendo modelos con contratación con los aseguradores que garanticen la sostenibilidad financiera del hospital y el control del costo para el sistema.	Actualizar el programa de salud familiar, incluyendo los lineamientos del gobierno nacional	Programa actualizado, Articulado con estrategia Equipos Básicos Territoriales del gobierno nacional	100,00%

88,75%

Subgerencia científica	Gestión del riesgo en salud	Ampliar el alcance de programa integral de salud familiar con el fin de articular las estrategias de APS que despliega el gobierno nacional enfocado en la gestión del riesgo en salud				20,00%
Subgerencia científica		Orientar el programa integral de salud familiar con enfoque en APS con el fin de establecer una relación directa de resultados en salud y modelos de contratación por grupos de riesgo de acuerdo con los lineamientos del gobierno nacional.	Establecer indicadores clave por grupos de riesgo	No se evidencia ejecución	0,00%	
Subgerencia científica			Desarrollar cada componente del programa de salud familiar	No se evidencia ejecución	0,00%	
Subgerencia científica		Desarrollar el programa de salud mental articulado al programa de salud familiar, con indicadores que permitan hacer seguimiento a la gestión del riesgo en salud y mitigar la reducción del estigma	Actualizar programa de salud mental	No se evidencia ejecución	0,00%	
Subgerencia científica			Ejecución del programa	No se evidencia ejecución	0,00%	

Fuente: Información Plan de Desarrollo - Con acompañamiento jefe oficina asesora de planeación.
 Elaboró: Katherin Zamara Beltrán Barrera - Asesora de control interno de gestión Hospital Regional de Moniquirá

[Firma manuscrita]

