



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E.
INFORME DE EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS
PROCESO: EVALUACIÓN Y CONTROL
SUBPROCESO: CONTROL INTERNO

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, el artículo 39 de la Ley 909 de 2004, el artículo 2.2.21.4.9 del Decreto 1083 de 2015 y la Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno, se presenta el siguiente informe por dependencias.

Este documento se elabora teniendo en cuenta las metas definidas en el Plan Operativo Anual de la vigencia 2025 del Plan de Desarrollo Institucional (2024-2027) del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E., aprobado mediante Acuerdo 006 de 2024. Se hizo seguimiento al nivel de cumplimiento, expresado en porcentaje de ejecución, de las metas definidas en cada una de las políticas que lo componen. Las dependencias se definieron, conforme lo estipula el Acuerdo No. 002B de 2021.

Conforme lo indica el literal C de Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control, la evaluación por dependencias se realiza tomando como base el seguimiento realizado por la Oficina de Planeación. Este seguimiento permite conocer qué tanto se han cumplido las metas y acciones definidas en la planeación institucional, y sirve como referencia para valorar el desempeño de cada área.

1. Política de Gestión Calidad						
DEPENDENCIA	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	Mejorar la gestión institucional a través del plan de acreditación enfocado en aumento de la competitividad.	Cumplimiento del plan de acreditación	Actividades ejecutadas	30%	El plan de acreditación fue ajustado por parte de la oficina asesora de planeación y el proceso de calidad, con ocasión de ajustarlo a las necesidades institucionales en coherencia con el PAMEC, se realiza autoevaluación que arrojó un resultado de 1,45 como consta en concepto de la Secretaría Departamental. Se plantearon 87 acciones, de las cuales se ejecutaron 80 y 7 se encuentran en desarrollo como consta en informe enviado a la Superintendencia Nacional de Salud ST002 en el mes de enero por parte de la líder de calidad, ya que la meta era del 30%, se asigna 100% de cumplimiento.	100%
			Actividades incluidas en el plan de acreditación			
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	Mantener la certificación en condiciones de habilitación, evaluando de manera periódica y sistemática los estándares en los servicios	Certificación en condiciones de habilitación vigente	Certificación en condiciones de habilitación	1	En la vigencia 2025 no se recibieron visitas de IVC, sin embargo, desde el área de calidad se adelantaron acciones continuas para garantizar el cumplimiento de cada unos de los estándares de habilitación en salud en conformidad con la Resolución 3100 de 2019.	100%
			Políticas actualizadas mediante acto administrativo			
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	Actualizar las políticas institucionales con enfoque de acreditación buscando el mejoramiento continuo de los procesos	Políticas institucionales actualizadas con sus respectivos programas en ejecución	Total Políticas institucionales	100%	De acuerdo con el análisis realizado por la oficina asesora de planeación en el marco de las necesidades del SOGC y del MIPG, proceso que inició en 2024 y continuó en 2025 en un proceso de mejora continua, las políticas documentadas y aprobadas con su respectivo acto administrativo son : Comunicaciones (Res 030), gestión del conocimiento y la innovación (Res 034), Integridad y Gestión de conflictos de intereses (Res 043), calidad (Res 055), conducta y buen gobierno (Res 071), Rendición de cuentas (Res 072), Gestión del Riesgo en Salud (Res 075), Gestión Estratégica de la Tecnología (Res 328), gestión ambiental (Res 342), salud mental (Res 343), gestión documental (Res 380), Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos (Res 390)	100%

ced

2. Política Eficiencia Organizacional						
DEPENDENCIA	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	Establecer indicadores claves de desempeño por proceso y sistematicidad en el seguimiento y mejoramiento asociado a la medición de estos	Cada subproceso debe tener como menos un KPI	Número de KPI en SGI	100%	La oficina asesora de planeación desplegó mesas de trabajo con los diferentes líderes de proceso y subproceso, formulando indicadores de gestión en el marco del direccionamiento estratégico del hospital, actualmente el Hospital cuenta con 778 indicadores de gestión, producto y resultado que se miden en el SGI Almera, es decir que durante 2025 se crearon 364 indicadores. Teniendo cuenta que El actual mapa de procesos de la entidad cuenta con 21 procesos que se despliegan en 70 subprocesos. Por lo cual en conformidad con el indicador, la meta se cumplió en un 100%.	100%
			Total Subprocesos			
		Seguimiento y monitoreo mensual a los KPI	Número de KPI con seguimiento	100%	El SGI almera permite hacer seguimiento mensual, se definió procedimiento desde el proceso de calidad como primer nivel de la segunda línea de defensa, por lo cual el 100% de los indicadores presentan seguimiento	100%
			Total KPI en SGI			
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	Articular los sistemas de gestión institucionales con el fin de aumentar la eficiencia institucional desde una perspectiva de acreditación	Cumplimiento Indicadores	Número de indicadores con resultado satisfactorio	70%	De los 778 indicadores en almera y de acuerdo al reporte de seguimiento 185 están en cumplimiento de metas de acuerdo con la ficha técnica, indica un cumplimiento del 23,6%, que de acuerdo con la meta planteada, corresponde con un cumplimiento del 34%	34%
			Total KPI en SGI			
		Establecer plan de acción que articule el SOGCS con MIPG	Plan de acción elaborado y aprobado	100%	Desde la oficina asesora de planeación se documentó el plan con base en los autodiagnósticos MIPG. El plan se presentó en CIGYD número 10 de 2025 de 30 de diciembre. Se documentaron 116 acciones	100%
			Número de actividades ejecutadas			
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN		Ejecutar el plan de acción en más del 90% con el fin de mejorar la eficiencia organizacional	Número de actividades planeadas	50%	De las 116 acciones, de acuerdo con el seguimiento realizado por la oficina asesora de planeación como segunda línea de defensa institucional, se evidencia cumplimiento de 84, lo que representa un cumplimiento de 72%, ya que la meta es del 50%, el indicador se cumplió en un 100%	100%
			Establecer estrategia de monitoreo y control de indicadores			
			Estrategia en funcionamiento	100%	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%

OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	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	Número de servicios con tablero de seguimiento a indicadores	100%	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, reintegros, 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%
			Total de servicios			
		Contar tableros de monitoreo de pacientes por servicio	Número de servicios con tablero de monitoreo Total de servicios	100%	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%
		Definir programa de auditoría concurrente	Programa Documento Número de acciones ejecutadas	100%		
SUBGERENCIA CIENTÍFICA	Desarrollar un modelo de auditoría concurrente con el objetivo de implementar un enfoque preventivo que integre la gestión clínica con la gestión administrativa y financiera.	Ejecutar programa de auditoría concurrente	Número de acciones planeadas	80%	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, discontinuidad 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%
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	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	Número de POA presentados a Junta Directiva	100%	La junta directiva aprobó el plan de desarrollo 2024-2027 mediante Acuerdo 006 de 2024, el cual contempla el POA para cada vigencia	100%
			Total unidades funcionales			
		Ejecución de los POA por unidad funcional	Calificación promedio de la ejecución de los POA	80%	Dado que el POA se vincula al cumplimiento de las acciones del POA 2025 contempladas en el plan, el cumplimiento es de 89% que de conformidad con la meta planteada, representa un 100% de ejecución	100%
		Revisar y actualizar los actos administrativos en su funcionamiento y conformación en	Número de actos administrativos actualizados de comités	100%	Desde el proceso de calidad y en continuidad con el proceso adelantado en 2024, se actualizaron los siguientes actos administrativo de comités: COVE (Res 012-2025), Ética en investigación (Res 013-2025), farmacia (Res 014-2025), IAMII, (Res 015-2025), conciliación y defensa judicial (Res 049), gestión ambiental (Res 063), COPASST (Res 064-2025), CIGYD (Res	100%

OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	Elaborar Planes Operativos Anuales de los comités institucionales en conformidad con el direccionamiento estratégico de la ESE	conformidad con el direccionamiento estratégico de la ESE		Total de comités institucionales que deban actualizarse		302-2025), convivencia laboral (Res 335-2025), CIGCI (Res 354-2025), PROA (Res 381-2025), los demás comités ya fueron actualizados en 2024 o desde la oficina asesora de planeación y proceso de calidad se certifica la no necesidad de actualizarlos una vez revisados				
		Elaborar y presentar a Junta Directiva POA por Comités institucionales	Número de POA presentados a Junta Directiva					100%	No se desarrolló la actividad en 2025	0%
			Total unidades funcionales							
			Ejecución de los POA por comités					Calificación promedio de la ejecución de los POA		
SUBGERENCIA CIENTIFICA	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	Programa Documentado	100%	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%				
		Ejecución del programa	Número de actividades ejecutadas	80%			De las 5 estrategias 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%		
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Establecer alianzas estratégicas con el DAFP para buscar el mejoramiento del desempeño institucional y la actualización procedimental y en términos de rediseño que debe sufrir la entidad	Alianza estratégica suscrita Alianza estratégica suscrita	Alianza suscrita	1	No se desarrolló la actividad en 2025	0%				
		Plan de mejoramiento como resultado de la alianza Formular plan de mejoramiento y aprobado por CIGYD	Plan de Mejoramiento suscrito	1			No se desarrolló la actividad en 2025	0%		

CD

OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Adelantar estudio de rediseño institucional en conformidad con los lineamientos del DAFP, ajustando la estructura organizacional y plan de cargos a las necesidades y capacidades institucionales	Estudio de rediseño elaborado y aprobado	Estudio de rediseño elaborado y aprobado	1	La oficina asesora de planeación adelantó el estudio de rediseño institucional con el fin de poder actualizar la estructura organizacional, pero el proyecto de Acuerdo no ha sido socializado ni aprobado por la Junta Directiva	50%
-------------------------------	---	--	--	---	---	-----

3. Fortalecimiento organizacional

DEPENDENCIA	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Implementar el Programa de gestión documental en conformidad con los lineamientos del AGN.	Actualizar programa y aprobado por el CIGYD	Programa aprobado	100%	Aprobado en CIGYD 010 DE 2025	100%
		Actualizar las herramientas archivísticas según lineamiento del AGN	Número de herramientas archivísticas actualizadas Total de herramientas archivísticas a actualizar	100%	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, PINAR y PGD para un 100%	100%
		Ejecutar el PINAR en más de un 90%	Número de actividades ejecutadas Número de actividades planteadas	90%	El PINAR 2025 se ejecutó en un 62,5%, por lo cual la meta planteada se cumplió en un 50%	69%
		Garantizar el cumplimiento del Programa de Gestión Documental	Número de actividades ejecutadas Número de actividades planteadas	80%	Se encuentran en proceso de ejecución de 7 de los 8 programas del PGD, con un cumplimiento del 88%, por lo que en cumplimiento con la meta se asigna un 100% de cumplimiento	100%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Fortalecer el SGSST con el fin de mejorar el clima organizacional	Cumplir con al menos un 90% de los lineamientos del plan de trabajo anual de SGSST	Número de actividades ejecutadas Número de actividades planteadas	90%	El plan se cumplió en un 89,3% que de acuerdo con la meta planteada corresponde con un 97%	99%
		Mantener en estándares altos la evaluación de estándares	Calificación otorgada por el Ministerio de Trabajo	90%	La autoevaluación de estándares del SGSST para la vigencia 2024 fue de 96%, por lo cual la meta se cumplió a cabalidad	100%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Actualizar y consolidar el manual de procesos y procedimientos en el	Manual de procesos actualizado y debidamente aprobado	Manual de procesos aprobado	100%	Se cargaron los procesos y procedimientos en el SGI Almera de acuerdo con el proceso de parametrización e implementación, se encuentra en proceso de consolidación y aprobación formal	50%

24

FINANCIERA	SGC según lineamientos del DAFP	Actualizar las caracterizaciones de procesos	Número de caracterizaciones actualizadas y aprobadas Total procesos	100%	Se cuentan con la totalidad de las caracterizaciones	100%
------------	---------------------------------	--	--	------	--	------

4. Mejora continua						
DEPENDENCIA	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	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.	Documentar y aprobar política de mejoramiento continuo con su respectivo programa	Política aprobada mediante acto administrativo	100%	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	100%
		Cumplir con al menos un 90% de los lineamientos de la política	Programa aprobado	100%	El Programa se encuentra documentado, más no aprobado	50%
			Número de actividades ejecutadas	90%	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%, que de acuerdo con la meta corresponde con un 67% de cumplimiento	67%
		Documentar plan de mejoramiento MIPG aprobado por CIGYD	Plan de mejoramiento aprobado	100%	Se documentó el plan, y se aprobó en CIGYD 10 de 2025	100%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Implementar el plan de mejoramiento respecto a la implementación del MIPG para aumentar el índice de desempeño institucional.	Adelantar la autoevaluación MIPG por políticas	Número de autoevaluaciones adelantadas y aprobadas por el CIGYD/ Total de políticas MIPG que aplican a la ESE	80%	El profesional de apoyo MIPG adelantó las autoevaluaciones entre los meses de septiembre y diciembre y se presentaron en el CIGYD 10 de 2025	100%
		Mejorar el índice de desempeño institucional	Índice de desempeño FURAG	75	El índice de la vigencia 2025 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 78 que corresponde con un 100% de la meta propuesta	100%

5. Administración de Riesgos						
DEPENDENCIA	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	Implementar la política de administración de riesgos, definiendo controles en cada proceso y documentando los procedimientos de seguimiento.	Actualizar Política	Política aprobada por el CIGYD	100%	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	100%
		Actualizar y consolidar matriz institucional de riesgos	Número de procesos con matriz actualizada Total de procesos	100%	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%
		Hacer seguimiento a la efectividad de controles	Número de seguimientos a control de riesgos Total de controles documentados	100%	Se planeó un seguimiento a controles en el marco de la progresividad en la implementación de la política, el seguimiento se documentó por parte de la oficina asesora de control interno y de planeación en junio de 2025	100%
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	Desarrollar plan de trabajo que desarrolle la política de administración de riesgos en todo el ciclo de riesgos en todos los procesos con monitoreos sistémicos y enfoque de mejoramiento	Desarrollar plan de trabajo para el cumplimiento de la política de riesgos	Plan de trabajo aprobado por CIGYD	100%	Plan de trabajo articulado con el plan de e trabajo MIPG presentado y aprobado en CIGYD 10 de 2025	100%
			Número de actividades ejecutadas Número de actividades planeadas	100%	Se cumplieron 4 de las 10 actividades planeadas presentan cumplimiento, de acuerdo con informe de la oficina asesora de planeación	40%
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	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	Número de subsistemas ejecutados en más del 80%	80%	Se muestra ejecución de 5 de los 6 subsistemas de gestión de riesgos definidos por la SNS y adoptados en la política de administración de riesgos institucional, denotando un porcentaje de cumplimiento del 83%, por lo cual de acuerdo con la meta definida, el cumplimiento es del 100%	100%
			Documentar mapa de aseguramiento institucional	1	No se desarrolló la actividad en 2025	0%
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	Implementar el mapa de aseguramiento institucional para establecer formalmente el esquema de líneas de defensa.	Hacer seguimiento a las líneas de defensa institucionales	Número de reportes de las líneas de defensa / Total de seguimientos establecidos	80%	No se desarrolló la actividad en 2025	0%
			Mapa de aseguramiento aprobado por CIGYD	1	No se desarrolló la actividad en 2025	0%

ca

6. Gestión Financiera						
DEPENDENCIA	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	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	Programa Documentado	100%	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%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Implementar un programa de sostenibilidad financiera en consonancia con el modelo de prestación de servicios	Ejecución del programa	Número de actividades ejecutadas	80%	Se ejecutaron 4 de las 5 acciones planteadas, cumpliendo el 100% de la meta propuesta	100%
			Número de actividades planteadas			
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Actualizar los contratos y acuerdos de voluntades con las EAPB para garantizar sostenibilidad financiera.	Documentar programa de sostenibilidad financiera	Programa Documentado	100%	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	100%
			Número de contratos actualizados con EAPB	100%		
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y 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	Manual de procedimientos del área	100%	Procedimientos documentados en los subprocesos de autorizaciones, facturación, radicación, cartera, agendamiento, glosas y devoluciones, aseguramiento.	100%
			Número de paquetes presentados a las EAPB por servicio	100%		
			Total de servicios		Se documentaron y calcularon 70 paquetes quirúrgicos que han sido ofertados a las diferentes EAPB, por lo cual sobrepasa los 62 servicios habilitados actualmente	100%

3

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 capitas y capitas ampliadas con las EAPB	Número de propuestas de capita presentadas a las EAPB	100%	Se presentaron Capitas 5 propuestas (Nueva EPS-S, Nueva EPS-C, Coosalud-S, Coosalud-C y Cajacopi-S) a las diferentes EAPB	100%
		Estructurar propuestas de contratación con base en datos para GRD y PGP	Propuesta estructurada y enviada a las EAPB	100%	Se hizo análisis de PGP en servicios de cardiología, oftalmología, se recibió en el servicio recién habilitado de hemodinamia, ante la inviabilidad situacional no se suscribieron contratos en estas modalidades, sin embargo se continúa estudiando.	100%
		Metodología documentada y con cálculo actuariales aprobada en y aprobada por el CIGYD	Metodología aprobada en CIGYD	1	Se documentó metodología en conformidad con el anexo técnico del Decreto 441 de 2022, se aprobó en CIGYD 10 de 2025	100%
		Procedimientos del CEI actualizados	Número de procedimientos actualizados en SGC	100%	Procedimientos documentados en los subprocesos de autorizaciones, facturación, radicación, cartera, agendamiento, glosas y devoluciones, aseguramiento.	100%
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.	Mejorar el recaudo corriente	Recaudo corriente	50%	Recaudo Corriente = \$60.842.414.827 / Venta de Servicios de Salud = \$ 115.019.667.365	100%
		Equilibrio presupuestal con recaudo	Total Recaudo vigencia	90%	Recaudo Total de la Vigencia= \$91.164.740.194 Gastos Comprometidos en la vigencia= \$ 87.680.775.403 Equilibrio Presupuestal con Recaudo= 1.03 Equilibrio Presupuestal con Recaudo= 1.03	100%
		Procedimientos actualizados	Procedimiento actualizado	100%	Procedimientos documentados en los subprocesos de autorizaciones, facturación, radicación, cartera, agendamiento, glosas y devoluciones, aseguramiento.	100%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Restrukturar 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.	Garantizar que los servicios que se presten cuenten con la respectiva autorización	Número de servicios prestados con autorización	100%	El 100% de los servicios prestados en 2025 contaron la respectiva autorización, gestión adelantada por el subproceso que se creó en el 2024 en el marco del programa de fortalecimiento organizacional	100%

7. Gestión Estratégica del Ambiente Físico						
DEPENDENCIAS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	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	Plan aprobado por Junta Directiva	1	El plan se formuló, y presentó a Junta Directiva, como consta en acta 06 de 2024	100%
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	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	Proyectos presentados	1	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, así mismo se presentó proyecto de construcción de unidad para hospitalización en salud mental, ampliación de hospitalización y construcción de la sede Mariana Ríos, el primero cuenta con concepto de viabilidad y el cambio de cubiertas fue ejecutado	100%
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	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	Plan formulado y aprobado en CIGYD	1	Se formuló plan y desde el área de infraestructura se presentó en acta	100%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Formular y desarrollar planes de mantenimiento hospitalario con enfoque preventivo y predictivo.	Ejecutar el plan de adecuaciones	Número de actividades ejecutadas Número de actividades planteadas	80%	Las adecuaciones se ejecutaron en un 100% de acuerdo con el plan formulado por el área de infraestructura	100%
		Plan de mantenimiento hospitalario aprobado por ente territorial	Plan aprobado	100%	El plan fue aprobado por la Secretaría Departamental de Salud en el mes de enero	100%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Formular y desarrollar planes de mantenimiento hospitalario con enfoque preventivo y predictivo.	Ejecutar el plan de mantenimiento hospitalario	Número de actividades ejecutadas Número de actividades planteadas	90%	El plan de mantenimiento hospitalario se ejecutó en un 97%, por lo cual se cumplió cabalmente con lo planeado	100%

Handwritten signature

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	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	Política actualizada	1	La política se actualizó por el área de gestión ambiental en lineamiento con el sistema de gestión ISO 14001	100%
		Formular programa	Programa aprobado	1	El Programa se formulo por el área de gestión ambiental	100%
		Ejecutar programa de gestión ambiental	Programa ejecutado en más 90%	80%	El programa ejecutó 8 de las 11 estrategias documentadas, lo que arroja un 72% de ejecución, que en conformidad con la meta planteada corresponde con un 91%	91%

8. Gestión Estratégica de la Tecnología						
DEPENDENCIA	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	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	Proyectos presentados	100%	Se formulo y se presentó proyecto ante la Secretaría departamental de Salud por el orden de los 6,200 millones de pesos, que busca actualizar la tecnología biomédica en todos los servicios, aumentar la complejidad de los servicios quirúrgicos y poder habilitar los servicios de Cuidado Básico e Intermedio Neonatal. El proyecto cuenta con viabilidad y Resolución de asignación de recursos por parte del MSPS	100%

9. Gestión Estratégica de las TICs						
DEPENDENCIA	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Desarrollar el modelo de gobierno digital definido por el MinTIC para desarrollar de manera estratégica los	Implementar el modelo de gobierno digital	Diagnosticar la implementación	1	Se diagnóstico el MRAE de acuerdo con el lineamiento del Min Tlc	100%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	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	Diagnosticar la implementación de la política	100%	Se diagnóstico el MSPi de acuerdo con el lineamiento del Min Tlc	100%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Documentar e implementar el manual de gerencia de la información.	Documentar el manual	Manual documentado	1	Se evidencia un 61% de cumplimiento del MSPi	100%
		Implementar el manual	Número de actividades ejecutadas / Número de actividades planteadas	50%	Se han ejecutado 11 acciones de las 20 propuestas, de acuerdo con la meta propuesta, corresponde con un 100% de cumplimiento	100%

10. Gestión Estratégica del Talento Humano						
DEPENDENCIAS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Establecer lineamientos de gestión estratégica del talento humano para mantener y atraer personal con altas cualidades técnico-científicas para mejorar la eficiencia y competitividad	Diagnosticar GETH	Diagnóstico elaborado	1	El diagnóstico se elaboró en conjunto las áreas de Talento Humano y Planeación	100%
		Actualizar PETH	Plan aprobado CIGVD	1	El plan de documento y aprobó en el marco del plan de acción de la entidad (Planes Decreto 612 de 2018)	100%
		Formular el DETH	Número de actividades ejecutadas	80%	El PETH se ejecutó en un 58,7%, que corresponde a un 80% de la	79%

12. Proyección de Servicios						
DEPENDENCIAS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	Realizar estudio para evaluar la factibilidad de apertura programas de neurodesarrollo y epigenética.	Elaborar y presentar para aprobación	Estudio de factibilidad	1	La oficina asesora de planeación adelantó estudio de oferta y demanda para la inclusión en el PTRRM de la sede Mariana Rios con ocasión del proyecto de construcción de esta nueva sede, estudio en donde se demostró la factibilidad técnica y de mercado para la apertura de estos servicios en la nueva sede. El estudio cuenta con concepto favorable por parte de la Secretaría de Salud de Boyacá y el MSPS. EL proyecto de construcción de la nueva sede Mariana Rios avanza en proceso de viabilidad	100%
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	Habilitar el servicio de cuidado básico neonatal en conformidad con el PTRRM, proyectando la apertura de cuidado intermedio neonatal.	Elaborar y presentar para aprobación	Estudio de factibilidad	1	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%
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	Realizar de estudio de factibilidad para Habilitar las modalidades de telemedicina y tele experticia en conformidad con los parámetros del PTRRM, fortaleciendo las capacidades de la ESE.	Elaborar y presentar para aprobación	Estudio de factibilidad	1	El proceso de calidad adelantó estudio, el cual es aprobado por la gerencia, con el fin de habilitar en esta modalidad especialidades como psiquiatría y medicina familiar en el marco del rol asignado en el PTRRM	100%
SUBGERENCIA CIENTÍFICA	Fortalecer los Programas de atención extramural como el de Hospitalización domiciliaria aprovechando los cambios epidemiológicos y mejorar los indicadores de eficiencia hospitalaria.	Actualizar programa de Hospitalización Domiciliaria	Programa actualizado	1	El Programa se actualizó en 2024	100%
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Programa en ejecución	Programa en funcionamiento	100%	El programa no ha podido ser implementando dado que ninguna EAPB autoriza el servicio.	0%
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	Formular el proyecto de hospitalización parcial para evaluar la factibilidad y apertura de este.	Elaborar y presentar para aprobación	Proyecto aprobado	1	La oficina asesora de planeación adelantó estudio de oferta y demanda para la inclusión en el PTRRM de la sede Mariana Rios con ocasión del proyecto de construcción de esta nueva sede, estudio en donde se demostró la factibilidad técnica y de mercado para la apertura de estos servicios en la nueva sede. El estudio cuenta con concepto favorable por parte de la Secretaría de Salud de Boyacá y el MSPS. EL proyecto de construcción de la nueva sede Mariana Rios avanza en proceso de viabilidad	100%
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	Desarrollar los servicios en el ámbito hospitalario y quirúrgico en conformidad con las perspectivas	Elaborar Programa de proyección de servicios en	Programa aprobado	1	La oficina asesora de planeación documento programa que fue aprobado por la gerencia, el cual consistió en la evaluación del modelo financiero de la operación de los servicios de hemodinamia y Resonancia Nuclear Magnética, ampliación de 1 sala de cirugía y ampliación de la capacidad instalada de hospitalización	100%

[Handwritten signature]

SUBGERENCIA CIENTIFICA	clínicas de los servicios de hemodinamia y Resonancia Nuclear Magnética para mejorar la competitividad del Hospital.	conformidad con la proyección de servicios del hospital	Programa ejecutado	40%	El programa se ejecutó en un 100%, pues en 2025 se mejoró la tecnología en el marco del convenio de asociación de los servicios de hemodinamia y Resonancia nuclear magnética, en el mes de diciembre se inauguró la tercera sala de cirugía totalmente dotada y 10 camas adicionales de hospitalización para mejorar la capacidad de respuesta	100%
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	Establecer plan de apertura de servicios no obligatorios en el marco del PTRRM, en conformidad con los cambios en las estructuras poblacionales	Documentar plan de apertura de servicios no obligatorios según perfil epidemiológico en el marco del PTRRM	Plan aprobado	1	La oficina asesora de planeación y el proceso de calidad, documentaron el plan, que consistió en evaluar las brechas relacionadas con la no apertura de estos servicios, que se centra fundamentalmente en Cuidado Básico Neonatal, el plan consistió en dos actividades, formular proyecto de dotación y adelantar las demás acciones para habilitar el servicio ante la Secretaría Departamental de Salud de acuerdo con los requisitos de la Resolución 3100 de 2019 del MSPS	100%
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN		Ejecutar plan	Número de actividades ejecutadas / Número de actividades planeadas	20%	Se cumplió la actividad relacionada con el proyecto de dotación que incluye la dotación necesaria para habilitar el servicio de cuidado básico neonatal, cumpliendo el 50% del plan y por ende el 100% de lo planeado de acuerdo con la meta del indicador	100%
SUBGERENCIA CIENTIFICA		Elaborar plan de desarrollo de programas clínicos	Plan aprobado	1	La subgerencia científica formula plan que consiste en la operación de los programas de reemplazos articulares y como eje articulador para el desarrollo de la alta complejidad, así como el programa de dolor y cuidados paliativos y fin de vida	100%
SUBGERENCIA CIENTIFICA	Implementar programas clínicos asociados con el desarrollo de servicios de mediana y alta complejidad en el ámbito hospitalario y quirúrgico.	Operación de los programas clínicos	Número de programas en operación / Total de programas proyectados	50%	Los tres programas se encuentran en operación con 208 reemplazos articulares de cadera y rodilla con rehabilitación exitosa, el programa de dolor funciona a través de la sub especialidad, que en 2025 atendió 791 pacientes ambulatorios y 309 interconsultas respondidas en el ámbito intrahospitalario. Se tiene por tanto un porcentaje del 67%, que de acuerdo con la meta definida el cumplimiento es del 100%	100%

49

13. Prestación de Servicios

DEPENDENCIAS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
SUBGERENCIA CIENTIFICA	Fortalecer el servicio farmacéutico garantizando el cumplimiento de todas las condiciones de habilitación, con un enfoque de mejoramiento continuo	Elaborar plan de fortalecimiento del servicio farmacéutico	Plan aprobado	1	El plan fue presentado por la quinta farmacéutica DT del servicio y aprobado por el comité de farmacia, el cual consiste en mejorar los procesos de inventarios y de farmacovigilancia	100%
		Ejecutar plan	Número de actividades ejecutadas / Número de actividades planteadas	20%	Se avanzó con un sistema de inventarios y reportes para la solicitud adecuada de pedidos en Dinámica gerencial. Farmacovigilancia se encuentra en proceso de actualización, por lo cual el cumplimiento es del 50% y de acuerdo con la meta planteada, es del 100%	100%
			Plan aprobado por Comité de HC	100%	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%
SUBGERENCIA CIENTIFICA	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	Número de actividades ejecutadas	70%	Se ejecutaron la totalidad de las acciones planteadas para la vigencia 2025 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. Además desde la subproceso de analítica se elaboró e implementó un desarrollo de software que permite medir la adherencia de GPC, con sus respectivos dashboards	100%
			Número de actividades planteadas			
		Mejorar la medición de adherencia	Porcentaje de adherencia por servicios con calificación satisfactoria	80%	En el software para la medición de adherencia de GPC, se registran en 2025 un total de 2460 evaluaciones de 670 médicos generales y especialistas evaluados, de 18 GPC de acuerdo con el proceso de adopción e implementación, registrando una adherencia promedio de 4,15 en una escala de 0 a 5, lo cual indica en porcentaje una adherencia del 83%, lo cual de acuerdo con la meta planteada, indica un cumplimiento del 100%	100%
SUBGERENCIA CIENTIFICA	Fortalecimiento del proceso de urgencias, a través de adecuaciones en infraestructura, indicadores de gestión clínica	Documentar plan de fortalecimiento del servicio de urgencias	Documento aprobado	1	El líder del servicio, especialista en Urgenciología lo documentó	100%
		Ejecutar el plan	Número de actividades ejecutadas	50%	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%
			Documento aprobado mediante acto administrativo	100%	El modelo fue documentado por el área de calidad y aprobado por la subgerencia científica	100%

SUBGERENCIA CIENTIFICA	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.	Documentar Programa que desarrolle la política	Política y Programa Aprobado	100%	La política de prestación de servicios que articula el modelo de prestación de servicios se aprobó mediante Resolución 436 de 2025	100%
		Ejecutar el plan	Número de actividades ejecutadas Número de actividades planteadas	70%	El plan de implementación de la política, cumple 4 de las 5 actividades planteadas, acciones como la ampliación de capacidad instalada, lo cual se cumplió con la tercera sala de cirugía y la ampliación de 10 camas de hospitalización, la apertura de servicios como cirugía maxilofacial y la habilitación de hemodinamia e intervencionismos, así como el fortalecimiento del enfoque APS a través de las estrategias de Equipos Básicos en Salud, con el despliegue de 6 equipos rurales y 1 urbano, indica un cumplimiento del 80%, que de acuerdo con la meta planteada indica un 100% de cumplimiento	100%

14. Seguridad del Paciente						
DEPENDENCIAS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
SUBGERENCIA CIENTIFICA	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.	Actualizar Política y Programa	Política y Programa Aprobado	100%	Se actualizó Política mediante Resolución 371 de 2025 y programa	100%
		Ejecutar el programa	Número de actividades ejecutadas Número de actividades planteadas	80%	Se ejecutaron 13 de las 13 estrategias que componen el programa, cumpliendo con la meta a cabalidad, cumpliendo la quinta que consistía en la identificación de riesgos por servicios de acuerdo con la metodología de la oficina asesora de planeación, se identificaron y aprobaron en CIGYD 10 de 2025, 150 riesgos con sus respectivos controles	100%
SUBGERENCIA CIENTIFICA	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	Número de KPI establecidos Total de paquetes instruccionales	100%	La referente de seguridad del paciente cuenta con los indicadores de acuerdo con la priorización de paquetes instruccionales, los cuales son socializados y monitoreados en los comités de seguridad del paciente y comité de infecciones	100%

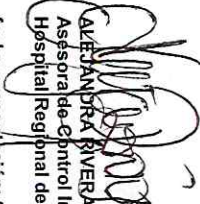
15. Gestión del Conocimiento y la Innovación						
DEPENDENCIAS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	Fortalecer los procesos de analítica institucional generando datos estratégicos a través de minería de datos para la toma de decisiones con base en datos y hechos.	Documentar el manual de procedimientos de la unidad de inteligencia de negocios y analítica de datos que incorpore metodologías de minería de datos	Manual aprobado por CIGYD	100%	Manual documentado y presentado al CIGYD en acta 010 de 2025	100%
		Establecer y Plan de trabajo en conformidad con las necesidades institucionales de analítica	Plan aprobado	1	Plan de trabajo elaborado, se implementa metodología ágil SCRUM para la gestión de los proyectos, utilizando la herramienta Odoo	100%
		Ejecutar plan de trabajo de la unidad analítica	Número de actividades ejecutadas Número de actividades planeadas	90%	El plan se ejecutó en un 99.2%, ejecutando 123 proyectos de los 124 planeados de acuerdo con lo planeado en Odoo y en el informe de la Unidad de Inteligencia de Negocios y Analítica de Datos de acuerdo al desarrollo de la metodología SCRUM. De acuerdo con la meta planeada, la ejecución es del 100%	100%
		Generar herramientas de inteligencia de negocios para el mejoramiento institucional	Número de herramientas en operación Total de herramientas solicitadas y aprobadas según procedimiento	100%	Se desarrollaron 30 herramientas de las 30 solicitadas por las unidades funcionales de acuerdo con el procedimiento establecido, entre estas destacan formato de mejora continua, unificando las metodologías ISHIKAWA, AMFE Y PARETO, triage obstruente 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%
		Generar desarrollos y aplicativos usando programación web	Número de desarrollos y aplicativos desarrollados Total de desarrollos y aplicativos solicitados según procedimiento	100%	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, digiurno consulta externa y urgencias y mapa de camas actualizado con censo en tiempo real	100%
SUBGERENCIA CIENTÍFICA		Documentar plan de trabajo para desplegar la política de gestión del conocimiento y la innovación	Programa de gestión del conocimiento y la innovación aprobado	1	La líder de la política de gestión del conocimiento y la innovación presenta el programa que incluye una línea de analítica en concordancia con el MIPG, el cual es aprobado por la oficina asesora de planeación en el ámbito de su competencia	100%

SUBGERENCIA CIENTIFICA	Ejecutar plan de trabajo	Número de actividades ejecutadas Número de actividades planeadas	90%	Se ejecutaron 8 de 9 estrategias programadas en 2025, para un porcentaje de ejecución del 89% . para un porcentaje de cumplimiento del 99% respecto a la meta	99%
SUBGERENCIA CIENTIFICA	Publicar investigación científica donde en el Hospital y en el marco de su misión se desarrolle el objeto de la investigación	Artículos publicados en revistas científicas y/o académicas	1	Artículo publicado en revista digital de Uniboyacá año 2025 Tumor Neuroendocrino De La Válvula Ileocecál En Paciente Con Obstrucción Intestinal: Un Reporte De Caso (Médico Interno Dayra Muñoz Y Especialista Dr. Jorge Eduardo Peñafoza) Y Medición Vitamina B12 En Pacientes Con Dm2 En Hospital Regional De Moniquirá E.S.E	100%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Definir e implementar mecanismos para recolectar las necesidades institucionales en términos de gestión del conocimiento	Mecanismo diseñado e implementado	1	El proceso de analítica institucional adelantó el desarrollo web "Aula Virtual", plataforma tipo moodle que permite la recolección de necesidades institucionales, en conformidad con el desarrollo de la política de gestión del conocimiento y la innovación	100%
SUBGERENCIA CIENTIFICA	Fortalecer los convenios docencia servicio para fomentar el desarrollo científico del Hospital.	Actualizar los convenios docencia servicio según la necesidad institucional	1	Convenios actualizados con Uniboyacá y UPTC	100%
SUBGERENCIA CIENTIFICA	Definir plan de trabajo para cumplir con los criterios de calidad y condiciones técnicas para preparar el hospital para certificarse ante el ente competente como escenario de práctica formativa en salud.	Plan de trabajo formulado con base en la autoevaluación	50%	La líder de la política de gestión del conocimiento y la innovación presenta el plan de trabajo en concordancia con los lineamientos de la comisión intersectorial para el talento humano en salud , el cual es aprobado por la oficina asesora de planeación en el ámbito de su competencia	100%
SUBGERENCIA CIENTIFICA	Plan ejecutado	Número de actividades ejecutadas / Número de actividades planeadas	50%	Se evidencia el cumplimiento de 29 de las 33 actividades programadas, con un cumplimiento del 88% que de acuerdo con la meta planeada indica un 100% de ejecución	100%

SUBGERENCIA CIENTIFICA	Actualizar y desarrollar la política de participación social en salud, incluyendo elementos de planeación y proyectos de ideaación social participativos.	Actualizar política de participación ciudadana en salud incluyendo aspecto de ideaación social participativo	Política aprobada	1	Política actualizada mediante Resolución 434 de 2025	100%
------------------------	---	--	-------------------	---	--	------

1. Gestión del Riesgo en Salud						
DEPENDENCIAS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
SUBGERENCIA CIENTIFICA	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	100%	Programa actualizado, Articulado con estrategia Equipos Básicos Territoriales del gobierno nacional	100%
SUBGERENCIA CIENTIFICA	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	Indicadores establecidos por grupo de riesgo	100%	Cada grupo de riesgo identificado se monitorea desde la coordinación de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acuerdo con los indicadores de la Resolución 3280 de 2018	100%
		Desarrollar cada componente del programa de salud familiar	Total de grupos de riesgo	100%	Las metas se están cumpliendo en un 50% de acuerdo con los lineamientos de la Resolución 3280 de 2018	50%
		Actualizar programa de salud mental	Cumplimiento de metas por arriba del 90% por cada componente	100%	El líder del programa presenta programa, el cual es validado por la oficina asesora de planeación en el ámbito de su competencia	100%
SUBGERENCIA CIENTIFICA	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	Ejecución del programa	Número de actividades ejecutadas	90%	Se ejecutan 6 de las 6 estrategias planteadas, que representa un porcentaje del 100%, que de acuerdo con la meta planteada representa un 100% de ejecución	97%

DEPENDENCIA	PROMEDIO CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	89%	La Subgerencia Administrativa y Financiera mostró avances importantes en sostenibilidad y fortalecimiento organizacional, logrando la actualización de contratos con la mayoría de las EAPB, la ejecución de programas financieros y la implementación de procedimientos. La mayoría de las estrategias alcanzaron el 100% de cumplimiento. Sin embargo, las alianzas con el DAFP no se ejecutaron, lo que marca un área pendiente de desarrollo y una oportunidad de mejora.
SUBGERENCIA CIENTIFICA	97%	La Subgerencia Científica cumplió de manera satisfactoria con las metas asignadas en la vigencia 2025. Se documentaron y ejecutaron programas clave de auditoría concurrente y eficiencia hospitalaria, alcanzando niveles de ejecución superiores al 80%. Estos resultados reflejan un compromiso sólido con la mejora de procesos asistenciales y administrativos, logrando impactos positivos en tiempos de atención, productividad quirúrgica y gestión clínica. Se destaca la actualización de políticas tales como: Política de Humanización, política de experiencia al usuario, política de participación social. Der igual forma se resalta la adopción y cumplimiento de las estrategias planteadas en el programa de salud mental.
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	87%	La Oficina Asesora de Planeación cumplió de manera amplia con las metas asignadas en la vigencia 2025, destacándose en la actualización de políticas institucionales, la formulación y seguimiento de indicadores, la articulación de sistemas de gestión y la implementación de estrategias de monitoreo en tiempo real. Aunque algunas actividades como los POA de comités no se desarrollaron, el balance general refleja un alto nivel de ejecución y cumplimiento, consolidando su papel como eje estratégico en la planeación, control y mejora continua del hospital.
PROMEDIO EJECUCION PLANEACIÓN ESTRATÉGICA 2025	91%	


 ALEJANDRA RIVERA LATÓN
 Asesora de Control Interno de Gestión
 Hospital Regional de Montiquirá E.S.E.

fecha presentación: 25/02/2026