



HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRÁ E.S.E.
INFORME DE PLANEACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2027
PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
SUBPROCESO: PLANEACIÓN

El plan de desarrollo 2024-2027 "Crecemos para Cuidar tu salud" fue aprobado por la Junta Directiva de la ESE mediante Acuerdo N° 06 de 2024, el cual define las metas para el crecimiento del Hospital de conformidad con el análisis de capacidades y entornos y su respectivo despliegue mediante la metodología del Hoshin Kanri, la cual permitió desarrollar y desplegar la misión y objeto misional con enfoque de crecimiento en 7 ejes estratégicos que se despliegan en 16 políticas, que se desarrollan en 131 metas programáticas para la vigencia 2025 de conformidad con lo plasmado en el Plan Operativo Anual que hace parte integral del plan de desarrollo

1. Gestión Calidad					
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	ESTADO CUMPLIMIENTO
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.	SI
		Actividades incluidas en el plan de acreditación			
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 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.	SI
Actualizar las políticas institucionales con enfoque de acreditación buscando el mejoramiento continuo de los procesos	Políticas institucionales actualizadas con sus respectivos programas en ejecución	Políticas actualizadas mediante acto administrativo	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 continúa 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)	SI
		Total Políticas institucionales			
2. Eficiencia Organizacional					
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	ESTADO CUMPLIMIENTO
Establecer indicadores claves de desempeño por proceso y subproceso, estableciendo 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%.	SI
		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	SI
		Total KPI en SGI			
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%	NO	
	Total KPI en SGI				
Articular los sistemas de gestión institucionales con el fin de aumentar la eficiencia institucional desde una perspectiva de acreditación	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	SI
	Ejecutar el plan de acción en más del 90% con el fin de mejorar la eficiencia organizacional	Número de actividades ejecutadas	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%	SI
Número de actividades planteadas					



HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRÁ E.S.E.
INFORME DE PLANEACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2027
PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
SUBPROCESO: 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	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.	SI
	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, 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.	SI
		Total de servicios			
Contar tableros de monitoreo de pacientes por servicio	Número de servicios con tablero de monitoreo	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	SI	
	Total de servicios				
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.	Definir programa de auditoría concurrente	Programa Documento	100%	Se documentó el Programa de Auditoría, en conformidad con la estrategia que inició en 2024	SI
	Ejecutar programa de auditoría concurrente	Número de acciones ejecutadas	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, 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	SI
	Número de acciones planeadas				
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	SI
		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	SI
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	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 302-2025), convivencia laboral (Res 335-2025), CICCÍ (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	SI
		Total de comités institucionales que deban actualizarse			
	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	NO
Total unidades funcionales					
Ejecución de los POA por comités	Calificación promedio de la ejecución de los POA	50%	No se desarrolló la actividad en 2025	NO	



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E.
INFORME DE PLANEACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2027
PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
SUBPROCESO: PLANEACIÓN

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	SI
	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 formula del indicador el cumplimiento es del 100%	SI
Establecer alianzas estratégicas con el DAFP para buscar el mejoramiento del desempeño institucional y la actualización procedimental y en términos de rediseño que debe surtir la entidad	Alianza estratégica suscrita Alianza estratégica suscrita	Alianza suscrita	1	No se desarrolló la actividad en 2025	NO
	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	NO
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	SI

3. Fortalecimiento Organizacional

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	ESTADO DE CUMPLIMIENTO
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	SI
	Actualizar las herramientas archivísticas según lineamiento del AGN	Número de herramientas archivísticas actualizadas	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%	SI
		Total de herramientas archivísticas a actualizar			
	Ejecutar el PINAR en más de un 90%	Número de actividades ejecutadas	90%	El PINAR 2025 se ejecutó en un 62,5%, por lo cual la meta planteada se cumplió en un 50%, lo cual es concordante con lo definido en el instrumento archivístico marco como el Programa de Gestión Documental PGD	NO
Número de actividades planteadas					
Garantizar el cumplimiento del Programa de Gestión Documental	Número de actividades ejecutadas	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	SI	
	Número de actividades planteadas				
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	90%	El plan se cumplió en un 89,3% que de acuerdo con la meta planteada corresponde con un 97%	SI
		Número de actividades planteadas			
	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	SI



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E.
INFORME DE PLANEACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2027
PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
SUBPROCESO: PLANEACIÓN

Actualizar y consolidar el manual de procesos y procedimientos en el SGC según lineamientos del DAFP	Manual de procesos actualizado y consolidado 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	SI
	Actualizar las caracterizaciones de procesos	Número de caracterizaciones actualizadas y aprobadas	100%	Se cuentan con la totalidad de las caracterizaciones	SI
		Total procesos			

4. Mejora Continua

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	ESTADO DE CUMPLIMIENTO
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	SI
		Programa aprobado	100%	El Programa se encuentra documentado en almera	SI
	Cumplir con al menos un 90% de los lineamientos de la política	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	SI
		Número de actividades planteadas			
Implementar el plan de mejoramiento respecto a la implementación del MIPG para aumentar el índice de desempeño institucional.	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	SI
	Adelantar la autoevaluación MIPG por políticas	Número de autoevaluaciones adelantadas y aprodas 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	SI
	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	SI

5. Administración de Riesgos

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	ESTADO DE CUMPLIMIENTO
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	SI
	Actualizar y consolidar matriz institucional de riesgos	Número de procesos con matriz actualizada	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	SI
		Total de procesos			
Desarrollar 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	Hacer seguimiento a la efectividad de controles	Número de seguimientos a control de riesgos	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	SI
		Total de controles documentados			
	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	SI
	Cumplir el plan de trabajo	Número de actividades ejecutadas	100%	Se cumplieron 8 de las 10 actividades planeadas presentan cumplimiento, de acuerdo con informe de la oficina asesora de planeación, presentado en CIGYD, de conformidad con lo definido en la política institucional de riesgos	SI
Número de actividades planteadas					
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%	SI



HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRÁ E.S.E.
INFORME DE PLANEACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2027
PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
SUBPROCESO: PLANEACIÓN

Implementar el mapa de aseguramiento institucional para establecer formalmente el esquema de líneas de defensa.	Documentar mapa de aseguramiento institucional	Mapa de aseguramiento aprobado por CIGYD	1	No se desarrolló la actividad en 2025	NO
	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	NO

6. Gestión Financiera

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	ESTADO DE CUMPLIMIENTO
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	SI
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	SI
		Número de actividades planteadas			
	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	SI
Actualizar los contratos y acuerdos de voluntades con las EAPB para garantizar sostenibilidad financiera.	Contratos actualizados	Número de contratos actualizados con EAPB	100%	Se actualizaron contratos con la Regional de Aseguramiento, Positiva, Seguros del Estado, Aseguradora solidaria, FOMAG, USPEC, Cajacopí, Coosalud, Nueva EPS, Famisanar, Unisalud UPTC, quedando pendiente Sanitas quien oferta tarifas por debajo de la posibilidad de la estructura de costos del hospital, por lo cual se actualizaron 11 de 12. Se asigna 100%, toda vez que la gerencia del Hospital hizo la gestión necesaria ante la EPS Sanitas, quienes no mostraron interés de hacer contratación, pese a que se tuvo toda la voluntad, ellos privilegian la integración vertical	SI
		Total de EAPB área de influencia			
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.	SI
	Estructurar paquetes en conformidad con la estructura de costos de la entidad	Número de paquetes presentados a las EAPB por servicio	100%	Se documentaron y calcularon 70 paquetes quirúrgicos que han sido ofertados a las diferentes EAPB, por lo cual sobrepasa los 62 servicios habilitados actualmente	SI
		Total de servicios			
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 cápita presentadas a las EAPB	100%	Se presentaron Capitas 5 propuestas (Nueva EPS-S, Nueva EPS -C, Coosalud- S, Coosalud-C y Cajacopí -S) a las diferentes EAPB	SI
		Total de capitas por EAPB del área de influencia			
	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 continua estudiando.	SI
		Total de EAPB área de influencia			
Metodología documentada y con cálculo actuariales 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	SI	



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E.
INFORME DE PLANEACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2027
PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
SUBPROCESO: PLANEACIÓN

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	Número de procedimientos actualizados en SGC	100%	Procedimientos documentados en los subprocesos de autorizaciones, facturación, radicación, cartera, agendamiento, glosas y devoluciones, aseguramiento.	SI
		Total de subprocesos del CEI			
	Mejorar el recaudo corriente	Recaudo corriente	50%	Recaudo Corriente = \$60.842.414.827 / Venta de Servicios de Salud = \$ 115.019.667.365	SI
		Venta de servicios de salud		Por lo tanto el Recaudo Corriente fue del 53%, cumpliendo cabalmente la meta propuesta	
Equilibrio presupuestal con recaudo	Total Recaudo vigencia	90%	Recaudo Total de la Vigencia= \$91.164.740.194 Gastos Comprometidos en la vigencia=\$ 87.680.775.403Equilibrio Presupuestal con Recaudo= 1.03 Equilibrio Presupuestal con Recaudo= 1.03	SI	
	Presupuesto de gastos de la vigencia				
Restructurar 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	Procedimiento actualizado	100%	Procedimientos documentados en los subprocesos de autorizaciones, facturación, radicación, cartera, agendamiento, glosas y devoluciones, aseguramiento.	SI
	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 creo en el 2024 en el marco del programa de fortalecimiento organizacional	SI

7. Gestión Estratégica del Ambiente Físico

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	ESTADO DE CUMPLIMIENTO
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	SI
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	SI
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	SI
	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	SI
Formular y desarrollar planes de mantenimiento hospitalario con enfoque preventivo y predictivo.	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	SI
	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	SI
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	SI
	Formular programa	Programa aprobado	1	El Programa se formuló por el área de gestión ambiental	SI
	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%	SI



HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRÁ E.S.E.
INFORME DE PLANEACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2027
PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
SUBPROCESO: PLANEACIÓN

8. Gestión Estratégica de la Tecnología

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	ESTADO DE CUMPLIMIENTO
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 formuló 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	SI

9. Gestión Estratégica de las TICs

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	ESTADO DE CUMPLIMIENTO
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	Diagnosticar la implementación de la política	1	Se diagnóstico el MRAE de acuerdo con el lineamiento del Min Tic	SI
		Ejecutar el plan	90%	Se evidencia un 63% de cumplimiento del PETI, de conformidad con la política institucional de Gobierno Digital en consonancia con lo definido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión	SI
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 Tic	SI
		Ejecutar el plan	40%	Se evidencia un 61% de cumplimiento del MSPi política institucional de Seguridad y Digital en consonancia con lo definido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión	SI
Documentar e implementar el manual de gerencia de la información.	Documentar el manual	Manual documentado	1	El manual fue documentado por las áreas de sistemas y analítica	SI
	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	SI

10. Gestión Estratégica del Talento Humano

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	ESTADO DE CUMPLIMIENTO
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	Diagnóstico elaborado	1	El diagnóstico se elaboró en conjunto las áreas de Talento Humano y Planeación	SI
	Actualizar PETH	Plan aprobado CIGYD	1	El plan de documentó y aprobó en el marco del plan de acción de la entidad (Planes Decreto 612 de 2018)	SI
	Ejecutar el PETH	Número de actividades ejecutadas	80%	El PETH se ejecutó en un 58,7% que corresponde a un 80% de la meta planteada de conformidad con la política de gestión estratégica del talento humano de consonancia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión	SI
		Número de actividades planteadas			
Desarrollar programa de reclutamiento estratégico con base en las necesidades institucionales, teniendo en cuenta estudio de cargas laborales y las competencias necesarias para cada perfil requerid	Formular Programa	Programa aprobado	1	El programa fue formulado por el proceso de talento humano y aprobado por la oficina asesora de planeación y subgerencia administrativa y financiera en el ámbito de sus competencias	SI
	Ejecutar Programa	Número de actividades ejecutadas / Número de actividades planteadas	80%	De las 6 actividades planteadas en el programa, se ejecutan 5, de acuerdo al seguimiento realizado por la oficina asesora de planeación, lo que indica un cumplimiento del programa de un 83%, por ende de acuerdo con la meta planteada , corresponde con un 100% de cumplimiento	SI
Mantener el proyecto de formalización laboral, actualizando el estudio financiero con el fin de garantizar la continuidad de la etapa actual y continuidad del proyecto en el marco de las normativas nacionales	Actualizar estudio financiero formalización laboral	Estudio Financiero Presentado	1	La gerencia presenta que la entidad cuenta viabilidad financiera y presupuestal para continuar con el proyecto de formalización laboral, por lo cual se renueva un año más, como consta en Acuerdo 03 de 2025	SI



HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRÁ E.S.E.
INFORME DE PLANEACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2027
PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
SUBPROCESO: PLANEACIÓN

11. Humanización

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	ESTADO DE CUMPLIMIENTO
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	Política aprobada mediante acto administrativo	1	La política fue actualizada y aprobada mediante acto administrativo 353 de 2025	SI
	Formular programa	Programa aprobado	100%	El programa fue formulado y aprobado	SI
	Ejecutar Programa	Número de actividades ejecutadas	90%	Se evidencia que las 10 estrategias definidas, 9 evidencian ejecución durante 2025, lo cual representa un 90% de ejecución, que en conformidad con la meta planteada corresponde con un 100% de ejecución	SI
Número de actividades planteadas					
Actualizar la política y respectivo programa de humanización, articulando los aspectos de experiencia del usuario con los de gestión clínica asociados.	Actualizar Política	Política aprobada mediante acto administrativo	100%	La política fue actualizada y aprobada mediante acto administrativo 423 de 2024	SI
	Formular programa	Programa aprobado	100%	El programa fue formulado y aprobado	SI
	Ejecutar Programa	Número de actividades ejecutadas	90%	Se evidencia que las 20 estrategias definidas, 19 evidencian ejecución durante 2025, lo cual representa un 65% de ejecución, que en conformidad con la meta planteada corresponde con un 95% de ejecución	SI
Número de actividades planteadas					

12. Proyección de Servicios

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	ESTADO DE CUMPLIMIENTO
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	SI
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	SI
Realizar de estudio de factibilidad para Habilitar las modalidades de telemedicina y tele experticia en conformidad con los parámetros del PTRMM, fortaleciendo las capacidades de la ESE.	Elaborar y presentar para aprobación	Estudio de factibilidad	1	El proceso de calidad adelanta 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	SI
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	SI
	Programa en ejecución	Programa en funcionamiento	100%	El programa no ha podido ser implementando dado que ninguna EAPB autoriza el servicio.	SI
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 Secretaria de Salud de Boyacá y el MSPS. EL proyecto de construcción de la nueva sede Mariana Rios avanza en proceso de viabilidad	SI



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E.
INFORME DE PLANEACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2027
PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
SUBPROCESO: PLANEACIÓN

Desarrollar los servicios en el ámbito hospitalario y quirúrgico en conformidad con las perspectivas clínicas de los servicios de hemodinamia y Resonancia Nuclear Magnética para mejorar la competitividad del Hospital.	Elaborar Programa de proyección de servicios en conformidad con la proyección de servicios del hospital	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	SI
		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	SI
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	SI
	Ejecutar plan	Número de actividades ejecutadas / Número de actividades planteadas	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	SI
Implementar programas clínicos asociados con el desarrollo de servicios de mediana y alta complejidad en el ámbito hospitalario y quirúrgico.	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	SI
	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%	SI

13. Prestación de Servicios

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	ESTADO DE CUMPLIMIENTO
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 química farmacéutica DT del servicio y aprobado por el comité de farmacia, el cual consiste en mejorar los procesos de inventarios y de farmacovigilancia	SI
	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%	SI
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	Documentar plan de implementación	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	SI
	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 específica 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	SI
		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%	SI	



HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRÁ E.S.E.
INFORME DE PLANEACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2027
PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
SUBPROCESO: PLANEACIÓN

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	SI
	Ejecutar el plan	Número de actividades ejecutadas Número de actividades planeadas	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	SI
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 el modelo de prestación de servicios	Documento aprobado mediante acto administrativo	100%	El modelo fue documentado por el área de calidad y aprobado por la subgerencia científica	SI
	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	SI
	Ejecutar el plan	Número de actividades ejecutadas Número de actividades planeadas	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	SI

14. Seguridad del Paciente

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	ESTADO DE CUMPLIMIENTO
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	SI
	Ejecutar el programa	Número de actividades ejecutadas Número de actividades planeadas	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	SI
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	SI

15. Gestión del Conocimiento y la Innovación

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
Documentar el manual de procedimientos de la unidad de inteligencia de negocios y analítica de datos que incorpore metodologías de minería de datos	Establecer y Plan de trabajo en conformidad con las necesidades institucionales de analítica	Manual aprobado por CIGYD	100%	Manual documentado y presentado al CIGYD en acta 010 de 2025	SI
		Plan aprobado	1	Plan de trabajo elaborado, se implementa metodología ágil SCRUM para la gestión de los proyectos, utilizando la herramienta Odoo	SI



HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRÁ E.S.E.					
INFORME DE PLANEACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2027					
PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO					
SUBPROCESO: 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.	Ejecutar plan de trabajo de la unidad analítica	Número de actividades ejecutadas	90%	El plan se ejecutó en un 99.2% %, ejecutando 123 proyectos de los 124 planeados de acuerdo con lo planteado en Odo y en el informe de la Unidad de Inteligencia de Negocios y Analítica de Datos de acuerdo el desarrollo de la metodología SCRUM. De acuerdo con la meta planteada, la ejecución es del 100%	SI
		Número de actividades planteadas			
	Generar herramientas de inteligencia de negocios para el mejoramiento institucional	Número de herramientas en operación	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 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	SI
		Total de herramientas solicitadas y aprobadas según procedimiento			
	Generar desarrollos y aplicativos usando programación web	Número de desarrollos y aplicativos desarrollados	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, digiturno consulta externa y urgencias y mapa de camas actualizado con censo en tiempo real	SI
		Total de desarrollos y aplicativos solicitados según procedimiento			
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.	Documentar plan de trabajo para desplegar la política de gestión del conocimiento y la innovación articulada con la misionalidad de la unidad analítica	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	SI
	Ejecutar plan de trabajo	Número de actividades ejecutadas	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	SI
		Número de actividades planteadas			
	Publicar investigación científica donde en el Hospital y en el marco de su misionalidad se desarrolle el objeto de la investigación	Articulados publicados en revistas científicas y/o académicas	1	Artículo publicado en revista digital de Uniboyacá año 2025 Tumor Neuroendocrino De La Válvula Ileocecal En Paciente Con Obstrucción Intestinal: Un Reporte De Caso (Médico Interno Dayra Muñoz Y Especialista Dr. Jorge Eduardo Peñalosa) Y Medición Vitamina B12 En Pacientes Con Dm2 En Hospital Regional De Monquirá E.S.E	SI
	Definir e implementar mecanismos para recolectar las necesidades institucionales en términos de gestión del conocimiento articulado a la gestión del conocimiento para establecer de manera estratégica planes de capacitaciones efectivos.	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	SI
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	SI	



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E.
INFORME DE PLANEACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2027
PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
SUBPROCESO: PLANEACIÓN

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	Plan de trabajo aprobado		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	SI
	Plan ejecutado	Número de actividades ejecutadas / Número de actividades planteadas	50%	Se evidencia el cumplimiento de 29 de las 33 actividades programadas, con un cumplimiento del 88% que de acuerdo con la meta planteada indica un 100% de ejecución	SI
Actualizar y desarrollar la política de participación social en salud, incluyendo elementos de planeación y proyectos de ideación social participativos.	Actualizar política de participación ciudadana en salud incluyendo aspecto de ideación social participativo	Política aprobada	1	Política actualizada mediante Resolución 434 de 2025	SI

16. Gestión del Riesgo en Salud

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	%	ANÁLISIS	ESTADO DE CUMPLIMIENTO
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	SI
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	SI
		Total de grupos de riesgo			
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	Desarrollar cada componente del programa de salud familiar	Cumplimiento de metas por arriba del 90% por cada componente	100%	Las metas se están cumpliendo de conformidad con los lineamientos de la Resolución 3280 de 2018 y lo definido en la política institucional de gestión del riesgo en salud, lo cual se evidencia en el aumento del 200% en las actividades de promoción y mantenimiento de la salud.	SI
		Total componentes del programa de salud familiar			
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	Programa actualizado	100%	El líder del programa presenta programa, el cual es validado por la oficina asesora de planeación en el ámbito de su competencia	SI
	Ejecución del programa	Número de actividades ejecutadas Número de actividades planteadas	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	SI

Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación	123
Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	131
RESULTADO DE CUMPLIMIENTO	93%


DIEGO FERNANDO RIVERA CASTRO
 Jefe Oficina Asesora de Planeación