

**PLAN ESTRATÉGICO 2025-2028**  
**seguimiento vigencia**  
**2025**


**“Un compromiso social...Sostenible y seguro”**

esehsantamonica



[www.hospitalsantamonica.gov.co](http://www.hospitalsantamonica.gov.co)



	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

## PLAN ESTRATEGICO

La **E.S.E. Hospital Santa Mónica** ha venido trabajando de manera permanente en el fortalecimiento de un **Sistema Integral de Gestión de la Calidad**, articulado con otros sistemas y modelos de gestión, tales como el **Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG**, el **Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST** y la **Norma ISO 9001:2015**.

Este enfoque integral se ha consolidado como una herramienta estratégica que ha permitido **planear, ejecutar y controlar** de manera sistemática las actividades necesarias para el cumplimiento de la **misión institucional**, así como para el desarrollo y seguimiento del **Plan Estratégico 2025–2028 “Santa Mónica Un Compromiso Social... Sostenible Y Seguro”**, el cual se estructura en **cinco líneas estratégicas**, orientadas al fortalecimiento institucional y a la mejora continua de la prestación de los servicios de salud.


## PLATAFORMA ESTRATEGICA

### MISIÓN

Somos una Empresa Social del Estado que ofrece servicios de salud primarios y complementarios, comprometida con el mejoramiento continuo y la sostenibilidad financiera, y armonizada con las políticas públicas. Brindamos atención con calidad, equidad y humanización, siendo nuestro propósito preservar y recuperar la salud de los ciudadanos. Contamos con talento humano idóneo, infraestructura y tecnología apropiada. Además, contribuimos a la formación en salud a través de convenios de docencia-servicio.

### VISIÓN

Para el año 2030, seremos una empresa reconocida a nivel regional y nacional por su excelencia, humanización y trabajo continuo para la acreditación, con disponibilidad permanente de servicios complementarios. Comprometidos en mejorar y ampliar nuestra infraestructura y capacidad tecnológica, garantiremos atención extramural a los ciudadanos y trabajaremos en pro de fortalecer la


	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

asistencia, docencia e investigación científica, generando las alianzas estratégicas que potencialicen la oferta y los servicios institucionales.

## **LÍNEAS ESTRATÉGICAS**

### **LÍNEA ESTRATÉGICA 1: SANTA MÓNICA SOCIAL, PARTICIPATIVA E INCLUYENTE**

Fortalecer los lazos comunitarios y promover la participación activa de la ciudadanía en los procesos de toma de decisiones de la E.S.E. Hospital Santa Mónica, fomentando un entorno inclusivo, equitativo y comprometido con el bienestar integral de todos los sectores de la población, con especial atención a los grupos más vulnerables

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

## **PROGRAMA: GESTION DE LA PARTICIPACION CIUDADANA**

### **Objetivo General**

Promover la participación ciudadana en la E.S.E. Hospital Santa Mónica, fomentando la inclusión de todos los grupos de interés, sin discriminación, mediante la creación de espacios de interacción y evaluación conjunta de resultados, con el propósito de fortalecer la equidad, mejorar los servicios y garantizar el acceso igualitario a la atención

### **Objetivo específico**

Realizar un diagnóstico general de la E.S.E que permita conocer qué programas y proyectos podrán ser concertados vía digital y las maneras en las que se podrá promover la activa participación ciudadana en los mismos.

### **Meta**


Realizar diagnóstico para la vigencia 2025-2028.

### **Indicador**

REALIZAR DIAGNÓSTICO DE ACTIVIDADES DE PARTICIPACION CIUDADANA EN LA CREACIÓN DE PROGRAMAS Y PROYECTOS= diagnóstico creado para planear las actividades a realizar. =**100%**

Durante la vigencia 2025, la E.S.E. Hospital Santa Mónica dio cumplimiento al indicador mediante la elaboración y consolidación del diagnóstico de participación ciudadana, el cual permitió identificar de manera integral las actividades, mecanismos y espacios existentes para la participación de los grupos de interés en la formulación de programas y proyectos institucionales. Este diagnóstico se construyó a partir del análisis de las líneas de acción

definidas en la política de participación ciudadana, considerando las capacidades institucionales, los recursos disponibles y las necesidades expresadas por la comunidad.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

El diagnóstico se constituyó en un insumo estratégico para la planeación de la vigencia 2025–2028, ya que permitió priorizar acciones orientadas a fortalecer la participación ciudadana a través de canales presenciales y digitales, garantizando mayor accesibilidad, inclusión y transparencia. Asimismo, facilitó la articulación entre las diferentes dependencias de la institución, asegurando que las actividades de participación ciudadana se integraran de manera coherente a los programas y proyectos institucionales, contribuyendo al mejoramiento continuo de la gestión y al fortalecimiento de la confianza de la comunidad en la E.S.E. Hospital Santa Mónica.

### **Objetivo específico**

Crear espacios inclusivos de participación para los grupos de interés de la E.S.E. Hospital Santa Mónica, garantizando la no discriminación y el acceso equitativo para todas las personas, independientemente de su origen, género, etnia o condición socioeconómica; Con el fin de recolectar información de la calidad de los servicios prestados.

### **Meta**

Cumplir al 100% el plan de plan de participación social en salud.

### **indicador**


“NIVEL DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA = N°de actividades realizadas en participación social en salud

Total De actividades programadas en el plan de participación social en salud X 100% “

$12/12 \times 100 = 100\%$

Durante el año 2025, la E.S.E. Hospital Santa Mónica desarrolló de manera progresiva y sistemática las actividades contempladas en el Plan de Participación Social en Salud, evidenciando un incremento sostenido en el nivel de cumplimiento del indicador a lo largo de los cuatro trimestres. Este comportamiento refleja no solo el cumplimiento de las actividades programadas, sino también el fortalecimiento de los mecanismos de participación y el compromiso institucional con la inclusión de los diferentes grupos de interés.

Entre las principales acciones ejecutadas se destacan la implementación del comparendo educativo como estrategia pedagógica para promover el conocimiento

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

de los derechos y deberes de los usuarios; la conformación, actualización y fortalecimiento del Comité de Ética Hospitalaria con representación de diversas poblaciones; la participación activa en escenarios de orden municipal; y la publicación trimestral del informe “La voz del cliente externo” como herramienta de retroalimentación y transparencia.

### **Objetivo específico**

Sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de la participación ciudadana, la equidad en salud y la no discriminación, así como al personal del Hospital a través de campañas de comunicación.

### **Meta**

Realizar una estrategia de sensibilización participación ciudadana, la equidad en salud y la no discriminación.

### **Indicador**


“Nivel de ejecución de la estrategia de sensibilización en participación ciudadana, equidad en salud y no discriminación”

Numero de campañas de sensibilización programadas / Numero de campañas de sensibilización ejecutadas×100”

$$6/6 \times 100 = 100\%$$

En el marco de la estrategia de sensibilización, durante la vigencia 2025 la E.S.E. Hospital Santa Mónica desarrolló acciones orientadas a fortalecer la cultura institucional de participación ciudadana, equidad en salud y no discriminación, tanto a nivel comunitario como al interior de la institución. Como parte de este proceso, se realizó la evaluación del autodiagnóstico del Sello de No Discriminación, alcanzando un cumplimiento del 100 %, lo cual permitió identificar fortalezas institucionales, buenas prácticas y oportunidades de mejora, orientando la formulación y ajuste del plan de acción en esta materia.

De igual manera, se ejecutaron acciones pedagógicas como el comparendo educativo, el cual se constituyó en una herramienta clave para sensibilizar a los usuarios sobre sus derechos y deberes, promoviendo su participación activa y responsable en los procesos institucionales. La participación permanente de la presidenta de la Liga de Usuarios en las actividades desarrolladas dentro de las

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

instalaciones del Hospital fortaleció los espacios de diálogo, representación y construcción colectiva, generando mayor apropiación de los procesos de participación ciudadana.

Estas acciones, articuladas con las estrategias de comunicación institucional y los espacios de interacción comunitaria, permitieron cumplir de manera efectiva con la estrategia de sensibilización, contribuyendo a la consolidación de una cultura organizacional basada en el respeto, la inclusión y la equidad en la prestación de los servicios de salud.

### **Objetivo específico**

Fortalecer y reestructurar el proceso 13. SIAU con el fin de generar mayor participación de la comunidad

### **Meta**

Estructurar, documentar y fortalecer el 100% del proceso del Sistema Integrado de Atención al Usuario- SIAU


### **Indicador**

"N° de documentos completos y fortalecidos / total N° de documentos establecidos"

18/ 20 x100= **96%**

Se evidenció un avance significativo en la estructuración, documentación y fortalecimiento del proceso del Sistema Integrado de Atención al Usuario – SIAU, alcanzando un 96 % de cumplimiento frente a la meta establecida. Este avance fue el resultado de un proceso sistemático de revisión, actualización y ajuste de los procedimientos, lineamientos y documentos asociados al SIAU, con el propósito de mejorar la gestión de la atención al usuario y fortalecer los mecanismos de participación comunitaria.

La integración efectiva del proceso SIAU al Sistema de Gestión de Calidad permitió estandarizar las prácticas de atención, optimizar los canales de recepción y gestión de las manifestaciones de los usuarios, y mejorar los tiempos de respuesta y seguimiento. Asimismo, el fortalecimiento del SIAU contribuyó a una mayor visibilidad de los derechos y deberes de los usuarios y al mejoramiento de la comunicación entre la institución y la comunidad, consolidando este proceso como un eje estratégico para la transparencia, la participación ciudadana y la mejora

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

continua de la calidad de los servicios prestados por la E.S.E. Hospital Santa Mónica.

## **PROGRAMA: SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**Objetivo general:** Garantizar la implementación y sostenibilidad de prácticas seguras en la atención de salud para prevenir y reducir eventos adversos, mejorando la calidad y seguridad en los servicios prestados por la E.S.E. Hospital Santa Mónica.

- **Porcentaje del personal capacitado en seguridad del paciente**

Número de personas capacitadas en políticas, prácticas y protocolo de seguridad del paciente / total de personal programada para capacitación en políticas, prácticas y protocolo de seguridad del paciente \*100

**Meta: 100%**

**Resultado: 26%**

No se cumplió con el indicador de capacitar al 100% del personal asistencial en políticas, prácticas y protocolos de seguridad del paciente durante el año 2025. Esta situación se debió principalmente a la ausencia de un líder asignado al proceso durante el primer semestre. No obstante, se continúan fortaleciendo las estrategias de socialización para avanzar en el cumplimiento durante el período siguiente.


- **Porcentaje de áreas con protocolos de seguridad del paciente implementados.**

Numero de áreas con protocolo de seguridad del paciente implementados / número total de áreas que requieren protocolo de seguridad del paciente \*100.

**Meta: 100%**

**Resultado: 100%**

se garantizó la implementación del 100% de los protocolos de seguridad establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Salud (SOGCS) en todas las áreas asistenciales de la institución. Este cumplimiento fue

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

verificado mediante auditorías internas y externas, con evidencia documentada de aplicación integral en servicios de hospitalización, consulta externa, urgencias, quirófanos.

- **Tasa de reporte de eventos adversos y casi fallas por personal asistencial**

Número total de eventos adversos y casi fallas reportadas en un período específico / Número total de trabajadores asistenciales activos en el período \*100

**Meta: 50%**

**Resultado: 39%**

No se cumplió con el indicador de incrementar en un 50% el reporte voluntario de eventos adversos y casi fallas para el año 2025; sin embargo, se continúa trabajando en el fortalecimiento del sistema de reporte. No obstante, se logró la gestión al 100% de los eventos reportados durante el segundo semestre 2025.

- **Porcentaje de cumplimiento en auditorías de prácticas seguras**


Número de prácticas seguras que cumplen con los estándares establecidos durante la auditoría / Número total de prácticas seguras evaluadas en la auditoría \*100

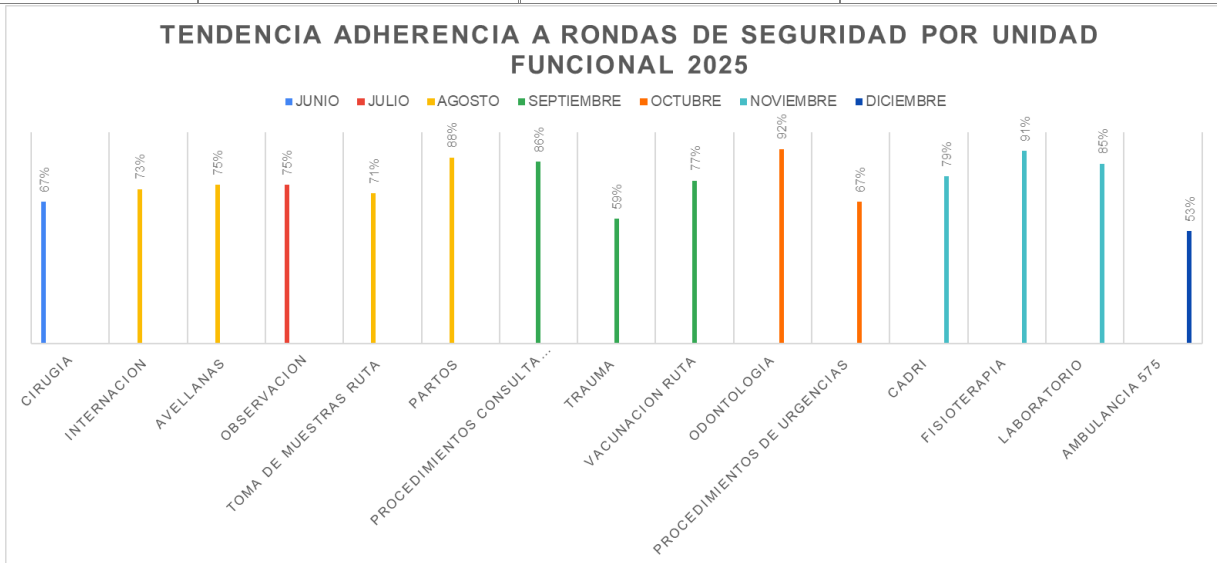
**Meta: 90%**

**Resultado: 72%**

No se contó con líder de seguridad del paciente en el primer y segundo trimestre, durante el 3 trimestre se realizaron rondas de seguridad del paciente con un total de cumplimiento de 409 sobre 582 ítems evaluados. Para el 4 trimestre se realizó ronda de seguridad del paciente con un total de 184 ítems evaluados de los cuales cumplen con 135 ítems.

El indicador no se cumplió en el período evaluado; no obstante, se continúa trabajando de manera sostenida para realizar auditorías trimestrales en el 100% de las áreas asistenciales y alcanzar un cumplimiento mínimo del 90% en las prácticas seguras, con el apoyo de todos los líderes del proceso

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
	<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>		



## PROGRAMA: HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO

**Objetivo general:** promover una cultura de humanización en la atención en salud, centrada en el respeto, empatía y dignidad del paciente y su familia, garantizando una experiencia positiva durante la prestación de los servicios en la E.S.E. Hospital Santa Mónica.


- **Porcentaje del personal capacitado en humanización del servicio**

Total, de personas capacitadas / total de personal de la ESE \*100

**Meta: 100%**

**Resultado: 16%**

Durante el 1 y 2 trimestre no se contó con líder de humanización; para el 3 trimestre se realizó del 21 al 25 de julio 2025 la semana de la humanización, en agosto se realizó capacitación de comunicación asertiva y humanización, en septiembre se realizó multiplicación de saberes en la escuela del liderazgo humanizado. Para el cuarto trimestre se realizó socialización del protocolo de atención al usuario, durante el mes de noviembre y diciembre se dio continuidad al proceso de inducción y reinducción, el 26/11/2025 se realizó una actividad recreativa en el puesto de salud santa teresita.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

No se cumplió con el indicador establecido, debido a la falta de equipo de humanización disponible durante el período evaluado. No obstante, se cuenta con el compromiso de ampliar la cobertura de capacitaciones en el próximo ciclo para alcanzar los objetivos propuestos.

- **Porcentaje de áreas con protocolos de comunicación efectiva implementados**

Áreas con protocolos implementados / áreas del hospital\*100

**Meta: 100%**

**Resultado: 0%**

Si bien durante el año se realizaron capacitaciones en comunicación asertiva en apoyo con el área de Psicología, no se estableció ni implementó un protocolo formal. Se cuenta con el compromiso institucional de desarrollarlo e implementarlo en el próximo ciclo.

- **Porcentaje de áreas físicas adaptadas con enfoque en la experiencia del usuario**


Áreas físicas adaptadas / Áreas físicas programadas para adaptar\*100

**Meta: 80%**

**Resultado: 24%**


Durante el primer trimestre se realizaron adecuaciones físicas en el área de pediatría y ginecología. Para el 4 trimestre se realizó adecuaciones del consultorio dorado en santa teresita para la detección temprana y atención integral del cáncer infantil.

No se cumplió con el indicador establecido para la adecuación de las áreas físicas y la tecnología del hospital durante el período evaluado. No obstante, desde la Política de Humanización se ha proyectado el establecimiento de alianzas estratégicas con empresas industriales del sector, con el fin de contribuir de manera efectiva a las adecuaciones físicas para garantizar una experiencia positiva del usuario.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

## **LÍNEA ESTRATÉGICA 2: SANTA MÓNICA SALUDABLE**

Promover la salud y el bienestar integral de los habitantes mediante el desarrollo e implementación de programas que aborden desde la prevención hasta la atención sanitaria, priorizando estrategias que mejoren la calidad de vida, reduzcan riesgos en salud y fortalezcan el acceso equitativo a servicios oportunos y de calidad

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
	<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>		

## **PROGRAMA: FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

### **Objetivo general**

Fortalecer la atención primaria con énfasis en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y enfoque en la estrategia de APS

### **1. Objetivo específico**

Incrementar la oferta de servicios en medicina general, enfermería, con el fin de garantizar la oportunidad en la atención y el cumplimiento de las intervenciones establecidas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud para los diferentes cursos de vida y la Ruta Materno Perinatal

#### **1.1 Meta**

Ampliar los servicios en el 100% de los Centros de Atención Ambulatoria y Atención extramural "Porcentaje de Sedes de Atención Ambulatoria con incremento de la Oferta de Servicios

#### **1.2 Indicador**

Número Sedes de Atención Ambulatoria con incremento de la Oferta de Servicios / total de Sedes de Atención Ambulatoria donde no se presta el servicio x100


**Resultado** =  $7 \times 100 / 7 = \underline{\underline{100\%}}$

Para medir este indicador se tomó como denominador todos los Centros de Atención incluyendo Sede principal y Atención extramural, en donde se brinda los servicios de Medicina General y Enfermería, en total son 7 (Sede principal, Santa Teresita, Frailes, Japón, Villa Carola, Balso, Extramural) y en el numerador los CAA en los cuales se incrementó la oferta.

Durante el año se incrementó la oferta en las siguientes Centros de Atención:

#### **CAA Sede principal**

Se incrementó a 5 a 8 horas de consulta (Dra Ante a partir del mes de marzo)

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

A partir del mes de mayo se incrementó 8 horas del Dr Carlos Julián Mejía  
A partir del mes de junio de incrementó 6 horas del Dr Humberto Gómez

### **CAA Santa Teresita**

Se incrementó de 4 a 8 horas el Dr Bedoya a partir del mes de marzo

### **CAA Frailes**

Se amplió la oferta de consultas médica hasta el día sábado en la mañana con 4 horas extras asignadas a la Dra Escarpeta

### **CAA Villa Carola**

Se incrementó oferta en 4 horas con la Dra Pilar Grisales a partir del mes de marzo

### **CAA Japón**

Para el primer semestre se incrementó la oferta en el CAA Japón 8 horas Adicionales (Dr Restrepo 4 horas en la mañana, y Dr Angarita 4 horas en la tarde) y se amplió horario hasta las 8pm. Para el mes de mayo se incrementó 2 horas más del Dr Angarita

### **CAA Balso**

Se incrementó 6 horas Dr Sierra que trasladó de Badea para Balso y se incrementó de 4h a 6h

### **Atención extramural**

Se incrementó 8 horas Dra Alejandra Marín, para la atención extramural con la estrategia de Mónica en tu casa, Mónica en tu Barrio, Mónica en tu Vereda, Mónica en tu Colegio


### **Objetivo específico**

Ampliar los servicios en Odontología e higiene oral con el fin de garantizar la oportunidad en la atención y el cumplimiento de las intervenciones establecidas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud para los diferentes cursos de vida y la Ruta Materno Perinatal

### **Meta**

Ampliar los servicios en el 100% de los Centros de Atención Ambulatoria y Atención extramural

### **Indicador: Porcentaje de Sedes de Atención Ambulatoria con incremento de la**

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

**Oferta de Servicios** = Numero Sedes de Atención Ambulatoria con incremento de la Oferta de Servicios / total de Sedes de Atención Ambulatoria donde no se presta el servicio x100%

**Resultado:**  $2/3 \times 100 = 67\%$

Los dos primeros trimestres no se incrementó la oferta de servicios debido a la falta de contratación de los profesionales

Para el tercer trimestre se reactivó el convenio con la universidad Andina para rotación de estudiantes de odontología

Teniendo en cuenta que hay dos higienistas para cubrir y cumplir con las metas de la resolución 3280 no es suficiente el recurso humano para atender la población objeto

### **Objetivo específico**

Mejorar la accesibilidad a los servicios ofertados por la E.S.E para la población del Municipio de Dosquebradas a través de los programas de Mónica a tu casa, Mónica a tu colegio, Mónica a tu vereda y Mónica a tu barrio.

### **Meta**

Visitar el 100% de las veredas con la estrategia Mónica a tu vereda


### **Indicador**

"Cobertura de la atención extramural en las Veredas de Municipio de Dosquebradas"

Número de Veredas visitadas / total de veredas del Municipio de Dosquebradas \*100"

$32 / 32 \times 100 = \underline{\underline{100\%}}$

Para el desarrollo de la estrategia Mónica en tu vereda se contó con un equipo de recurso humano conformado por Médico General, Enfermera, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar de Higiene Oral, Auxiliar Administrativo de Facturación, Auxiliar Administrativo de Farmacia y la disponibilidad de 2 vehiculos responsable de transportar el recurso humano hasta las respectivas veredas.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

Los servicios ofertados en las jornadas extramurales en veredas son:

- \*\* Consulta Médica general de morbilidad y Rutas
- \*\* Consulta y Procedimientos de Enfermería en Rutas
- \*\* Vacunación con esquema PAI en la población objeto
- \*\* Toma de muestras de exámenes de laboratorio, que no requieren ayuno o preparación
- \*\* Entrega de medicamentos

Las veredas cubiertas durante el Año fueron:

**Corregimiento Las Marcadas:** Vereda Buena vista, Gaitan playa, Divisa, Comuneros, Alto del toro, Sabanitas (Se cubre primavera azul), Molinos, La playita, El rodeo, Naranjales y Frailes (se cubre Alto del Oso)

**Corregimiento La Serranía:** Vereda Agua azul, Boquerón, La argentina, Cofre, Filo bonito, La Rivera, Las Hortensias, El estanquillo, Santa Ana baja y alta, La esmeralda (se cubre La esperanza), La cima, El chaquiro, La palma, La fria (Se cubre la independencia), La union

### Meta

Cobertura del 100% con las jornadas de Atención Extramural en Instituciones Educativas


### Indicador

"Cobertura de la atención extramural en Instituciones Educativas"

Número de instituciones Educativas cubiertas con jornadas de atención extramural x 100 / Número de instituciones Educativas existentes en el Municipio"

$$16 / 21 \times 100 = \underline{\underline{76\%}}$$

Para el desarrollo de la estrategia Mónica en tu Colegio se contó con un equipo de recurso humano conformado por Médico General, Enfermera, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar de Higiene Oral, Auxiliar Administrativo de Facturación, y la disponibilidad de

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

los vehículos responsable de transportar el recurso humano hasta las respectivas instituciones

Las intervenciones que se realizan en las instituciones educativas, van dirigidas al curso de vida la infancia y adolescencia:

\*\*Consulta por Médico y Enfermera para detectar tempranamente alteraciones en el crecimiento y desarrollo en infancia y adolescencia

\*\*Actividades de higiene oral: Control Placa, y Aplicación flúor

\*\*Vacunación: VPH para Niños y Adolescentes a partir de 9 años de edad que les corresponda según el esquema PAI

\*\*Toma de Muestras para la Hemoglobina y Hematocrito en niñas de 10 a 13 años y 14 a 17 años (1 vez en cada rango de edad)

\*\*Asesoría y suministro de métodos de Planificación familiar según demanda

\*\*Pruebas rápidas para detección temprana de ITS según Riesgo encontrado

\*\* Identificación de casos y activación de la Ruta de Salud Mental, en casos de intento e ideación suicida, Maltrato y abuso sexual, consumo de Sustancias Psicoactivas

**Las instituciones Educativas cubiertas con la Estrategia fueron:**

Pablo Sexto, Megacolegio, Santa Sofía, Santa Isabel, Hogar Nazareth, Maria Auxiliadora, Agustin Nieto Caballero, Enrique Millan Rubio, Nueva Granada, Diocesano, Nuestra señora de Guadalupe, Manuel Elkin Patarroyo, Santa Juana, Empresarial, Bosques de la Acuarela y Cartagena.

**Meta**

Visitar el 100% de los Barrios de Municipio de Dosquebradas con la estrategia Mónica a tu Barrio


**Indicador**

"Cobertura de la atención extramural en los barrios de Municipio de Dosquebradas

Número de barrios visitadas / total de barrios del Municipio de Dosquebradas \*100"

**Resultado:** 94/250\*100= **38%**

Para el cumplimiento de este objetivo se tiene en cuenta las actividades desarrolladas

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

por los diferentes equipos que prestan servicios de manera extramural a través de diferentes programas como CAMD y En Territorio, PIC y el Equipo Extramural de la E.S.E.

El Equipo Básico Extramural de la E.S.E. conformado por Médico General, Enfermera, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar de Higiene Oral, Auxiliar Administrativo de Facturación y la disponibilidad de vehículos responsable de transportar el recurso humano hasta las respectivos Barrios

Los servicios ofertados en las jornadas extramurales son:

- \*\* Consulta Médica general de morbilidad y Rutas
- \*\* Consulta y Procedimientos de Enfermería en Rutas
- \*\* Vacunación con esquema PAI en la población objeto
- \*\* Toma de muestras de exámenes de laboratorio, que no requieren ayuno o alguna preparación especial

Por otra parte, la E.S.E cuenta con equipos de profesionales para el desarrollo de actividades extramurales específicas como son el equipo de CAMAD y En Territorio, quienes desarrollan actividades de prevención y Mitigación del riesgo en el entorno comunitario y hogar, enfocado a grupos de población con Riesgos específicos como son las Personas con Problemas de Drogadicción , Población Inyectora de Drogas PID, Población Migrante y trabajadoras Sexuales.


Igualmente se contó con Equipos de APS, a través del convenio suscrito con el Ministerio de Salud conformados por Enfermera, Médico General, Auxiliar de Enfermería, Psicóloga

94 / 250 x 100 = **38 %**

Los sectores cubiertos con la estrategia de Mónica en tu Barrio:

Comuna 1 compuesto por los siguientes barrios: La Esneda, La Graciela, Las Vegas, Aromas del Café, Minuto de Dios, Otún, Pedregales, Vallarta, Villa Alexandra y El Balso.

Comuna 2: El Paraíso, El San Gregorio, San Rafael, Olaya Herrera, Coogemela, Valher, Fabio León, La Cabaña, Pío XII, Los Leones, El Carmen, Los Cábmulos, Alonso

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>


Valencia, Villa Fanny, La Aurora, El Japón, Santiago Londoño, Camilo Mejía Duque, Los Héroes, Vela (etapa I y II), Los Abedules, Altos de... y Las Garzas.

Comuna 5: El Prado, Terranova, Normandía, Cocolí, Horizontes, Mandalay, La Floresta, Santa Mónica, La Pradera, Rincón del Lago, La Campiña, Las Palmitas, Los Lagos, Los Rosales, Las Violetas, Los Almendros, Castellar de Santa Mónica, Catalina, Mansardas, El Remanso y El Arco.

Comuna 8: Santa Isabel, La Floresta, San Felix la Graciela, Comuna 1, La Pradera, Alvaro Patiño, Bosques de la Acuarela, Altos de la Capilla, Villa Fanny, La Giralda, Los inquilinos, El Diamante.

Comuna 9: Puerto Nuevo, Camilo Torres, Bella Vista, Sinaí, La Mariana, Divino Niño Jesús, Los Libertadores, César Augusto López Arias, El Prado, Solidaridad por Colombia, Júpiter, Mercurio, Saturno, Venus, Villa María, Los Alpes, La Independencia y Luis Carlos Galán

Comuna 10: La Romelia Alta y Baja, La Divisa, Galaxia, Las Acacias, Los Pinos, Los Guamos, El Bosque Carbonero, La Floresta, Estación Gutiérrez, Villa Carola, Bosques de la Acuarela, Lara Bonilla, El Rosal, El Chicó, Villa Colombia, La Semilla, Tejares de la Loma y Nuevo Bosque.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>



**VEREDA FILO BONITO**



**VEREDA LA PLAYITA**



**VEREDA AGUA AZUL**



**VEREDA LA CIMA**



**TÍTULO  
INFORME**

**CÓDIGO  
02D202 – F04**

**TIPO DOCUMENTO  
FORMATO**

**RESPONSABLE  
02. GERENCIA**

**VERSIÓN  
4.0**

**FECHA VIGENCIA  
11/12/2023**



**VEREDA LA UNIÓ**



**BARRIO ALVARO PATIÑO**



**BARRIO SAN DIEGO**



**BARRIO PEDREGALES**



**TÍTULO  
INFORME**

**CÓDIGO  
02D202 – F04**

**TIPO DOCUMENTO  
FORMATO**

**RESPONSABLE  
02. GERENCIA**

**VERSIÓN  
4.0**

**FECHA VIGENCIA  
11/12/2023**



**COLEGIO NUEVA GRANADA**



**COLEGIO GUADALUPE**




**COLEGIO MARIA AUXILIADORA**



**COLEGIO EMPRESARIAL**

**Meta**

Establecer y habilitar un Centro de Atención a la Drogadicción en Risaralda (CADRI), asegurando el cumplimiento de los estándares normativos, técnicos y operativos necesarios para ofrecer servicios integrales y especializados en prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

### Indicador

"Operatividad el Centro de Atención a la Drogadicción CADRI  
Numero de centro de atención habilitado y en funcionamiento"

### Resultado: 1


Con el objetivo de fortalecer el sistema de atención en salud frente al consumo de sustancias psicoactivas en el municipio de Dosquebradas, la E.S.E. Hospital Santa Mónica, en cumplimiento del Plan de Desarrollo 2020-2023 “Santa Mónica Incluyente y Humana como Eje de Garantía de Calidad en los Servicios de Salud”, implementó acciones integrales apoyadas en recursos técnicos, humanos y financieros para la adecuación de un centro especializado en atención a la drogadicción CADRI.

Este espacio busca optimizar la capacidad de respuesta, mejorar la calidad del servicio y atender eficazmente la demanda, además de fomentar la construcción de dinámicas y puentes operativos que faciliten la articulación interinstitucional e intersectorial para una gestión integrada.

Para ello, se realizó la construcción y adecuación de 134 m<sup>2</sup> en las instalaciones de la E.S.E. Hospital Santa Mónica, con el respaldo de las Secretarías de Salud Municipal y Departamental. Este centro está orientado a brindar atención integral y multidisciplinaria a la población farmacodependiente, fortaleciendo la salud mental y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas mediante una estrategia sostenible, de alto impacto y que contribuye a reducir las brechas existentes por la limitada accesibilidad a estos servicios.

### HABILITACION SERVICIO CADRI

La ESE Hospital Santa Mónica ha avanzado de manera tangible en la implementación del servicio del Centro de Atención a la Drogadicción de Risaralda (**CADRI**), consolidando la infraestructura, la dotación y el equipo humano necesario para su operación. La formalización de un manual operativo y el desarrollo de procedimientos clave reflejan un compromiso con la gestión de la calidad y la mejora continua, así como con la garantía de derechos y la atención integral a la población afectada por el consumo de opioides. Los próximos pasos se enfocarán en la finalización y validación de los procesos operativos restantes para asegurar una respuesta eficaz y organizada en el abordaje de esta problemática de salud pública.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

A continuación, se describen los avances significativos de la ESE Hospital Santa Mónica en la implementación del servicio CADRI, el cual tendrá un énfasis especial en el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM), en cumplimiento de los requisitos establecidos por la normativa vigente y los estándares de calidad.

Este servicio busca proporcionar atención integral e integrada en salud mental con enfoque en Atención Primaria en Salud, priorizando la promoción de la salud y la prevención de trastornos mentales, y abordando el consumo de sustancias psicoactivas (SPA).


La implementación de este servicio está alienada con los Lineamientos técnicos para la implementación de programas de mantenimiento con metadona (PMM) en Colombia, documento del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Justicia y del Derecho, y con los lineamientos nacionales e internacionales en materia de manejo de personas con trastornos por abuso de sustancias psicoactivas.

### **Infraestructura**

En relación con los requisitos de infraestructura, el servicio CADRI cuenta con un área física adecuada que dispone de consultorios equipados para la prestación de atención por parte de diferentes profesionales, además de la disponibilidad de un salón para uso múltiple que permite el desarrollo de terapias e intervenciones individuales, grupales y familiares, acorde con el modelo de atención. Asimismo, el ambiente para la operación de los procesos en una combinación de factores humanos y físicos que propicien un entorno adecuado, incluyendo aspectos sociales (no discriminatorio, libre de

conflictos), psicológicos (reducción del estrés, cuidado de emociones) y físicos (temperatura, iluminación, higiene, ruido).

En dicho sentido, además de la consolidación de la construcción del edificio, se llevó a cabo la adquisición e instalación del sistema de aire acondicionado en los ambientes del CADRI. Esta acción complementa la adecuación de la infraestructura, asegurando el cumplimiento de las variables ambientales necesarias para el inicio formal de las operaciones.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

## **Dotación**

Se gestiona ante la secretaria de Salud Departamental los recursos para la adquisición de la dotación de equipos biomédicos, muebles y enseres necesarios para la dotación del CADRI por un valor \$ 205.642.691 millones de pesos.

Esta adquisición garantiza la disponibilidad de los recursos de seguimiento y medición y los equipos esenciales para la seguridad del paciente y el control de los procesos de atención, tal como se establece en los lineamientos de habilitación y los estándares de nuestro sistema de gestión de calidad.

## **Recursos Humanos**


Es esencial fortalecer el vínculo con recursos humanos competentes para garantizar el éxito de los servicios de atención a personas con trastorno por uso de sustancias psicoactivas (SPA), tal como lo establecen los Lineamientos Técnicos para la Implementación de PMM en Colombia. Para la atención ambulatoria la ESE vínculo un equipo multidisciplinario que incluye:

- Médico General con formación en adicciones
- Médico Psiquiatra especialista en adicciones
- Psicólogos
- Trabajadoras Sociales
- Enfermeras
- Auxiliar de enfermería

## **Procesos de Atención y Administrativos**

La implementación de un servicio CADRI y de un PMM requiere la estandarización y socialización de procesos administrativos, técnicos y herramientas para orientar la práctica clínica, no solo para la habilitación del servicio y para el cumplimiento de los requisitos de nuestro SGC bajo NTC-ISO 9001:2015 (que promueve la adopción de un enfoque a procesos, la planificación y control operacional, y la gestión de la información documentada para asegurar la eficacia del sistema y el logro de resultados previstos), sino para lograr una atención optimizada de frente a la comunidad Dosquebradense y Risaraldense.

Se documento, aprobó e incluyo en el Sistema de Gestión de Calidad el Modelo de

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

Atención, guías, procedimientos y protocolos para el manejo de las patologías asociadas y, específicamente, una guía y protocolo de programa de mantenimiento con metadona (PMM).

### **Objetivo específico**

Fortalecer la ruta de salud mental

### **Meta**

Implementar y habilitar el servicio de la especialidad de psiquiatría en la E.S.E. Hospital Santa Mónica "Porcentaje de Avance en la Habilitación del Servicio de Psiquiatría

### **Indicador**

Número de requisitos cumplidos / Total de requisitos necesarios \*100%"

**Resultado:** Se cumplieron con todos los requisitos de habilitación para la especialidad de psiquiatría

## **PROGRAMA: FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN**

### **Objetivo general**

Fortalecer la atención complementaria en la E.S.E. Hospital Santa Mónica, mediante la optimización de servicios, recursos y procesos, garantizando una atención integral y de calidad que responda a las necesidades de la comunidad

### **Objetivo específico**

Habilitar los servicios complementarios de Neurología clínica, psiquiatría y urología


### **Meta**

Habilitar el 100% de los servicios complementarios enunciados

### **Indicador**

"Porcentaje de especialidades habilitados

Numero de especialidades habilitadas / Numero de servicios programados para habilitar \*100"

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

### **Resultado:**

La ESE Santa Mónica respondiendo a las necesidades de la comunidad y fortaleciendo la capacidad resolutoria del portafolio de salud, para la vigencia 2025 adelanto el proceso para la habilitación de los siguientes servicios:

- Psiquiatría
- Neurología clínica
- Cirugía pediátrica

Además, se realizó la reapertura del servicio de urología

### **Objetivo específico**

Implementar un programa de medicina perioperatoria dirigido a pacientes con riesgo cardiovascular, optimizando la evaluación, manejo y seguimiento integral

### **Meta**

Establecer e implementar el programa de medicina perioperatoria para pacientes con riesgo cardiovascular "

### **Indicador**

Implementación del Programa de Medicina Perioperatoria para Pacientes con Riesgo Cardiovascular

Numero de programas de Medicina perioperatoria implementada"


### **Resultado: 0**

Durante la vigencia 2025 se adquirió el ecógrafo con las especificaciones técnicas necesarias para realizar los ecocardiogramas y para implementar el proyecto de medicina perioperatoria, el cual se encuentra documentado y en fase de revisión por el especialista anestesiólogo

### **Objetivo específico**

implementar el procedimiento de anestesia regional guiada por ultrasonido

### **Meta**

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

Procedimiento de anestesia regional guiado por ultrasonido implementado

### Indicador

"Porcentaje de procedimientos realizados con anestesia regional guiada por ultrasonido

Número de procedimientos con anestesia regional guiada por ultrasonido / Número total de procedimientos que requieren anestesia regional"

**Resultado: 0**

Los bloqueos regionales guiados por ecografía se realizan en el área de cirugía con mucha frecuencia pero faltan algunos dispositivos médicos como el stimuplex, este procedimiento debe estar parametrizado desde el área de mercadeo, se retomara en la vigencia 2026

### Programa: RUTA DE VIGILANCIA DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA

#### Objetivo general

Recolectar la información oportuna de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de los usuarios que consulten a la ESE Hospital Santa Mónica para orientar prevención y control de enfermedades en salud

#### Objetivo específico

Cumplir la ruta de notificación de eventos de interés de salud pública como está establecido institucionalmente consolidando y analizando la información en la reunión de Vigilancia epidemiológica.

#### Meta


1 reunión del Comité de Vigilancia epidemiológico mensual

#### Indicador

"COMITES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Número de comités de vigilancia epidemiológica realizadas"

**Resultado:** se realizaron como estaban programados, es decir, uno cada mes, con

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>


un total de 12 en el 2025.

### **Descripción:**

Teniendo como base el Decreto número 3518 del 2006 del Ministerio de Protección Social, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones nosotros como Unidad Primaria Generadora de Datos – UPGD (Es la entidad pública o privada que capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila) tenemos unas obligaciones específicas que son las que se plasman en el acta de cada comité y se desarrollan mes a mes con las novedades que se presentan en la institución.

Estas obligaciones se describen en cada punto del acta así:

1. Implementación de Directrices y Procedimientos determinados por el Ministerio de la Protección Social en la relación con los procesos básicos de la vigilancia en salud pública en sus procesos de atención.
2. Realizar las acciones tendientes a detectar y confirmar los eventos sujetos a vigilancia, incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás procedimientos diagnósticos y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso, que sean de su competencia;
3. Estructurar y mantener actualizadas las bases de datos sobre los eventos en salud sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos por el Ministerio de la Protección Social;
4. Realizar el análisis e interpretación de la información generada por la vigilancia en salud pública y emitir las recomendaciones para la orientación en la toma de decisiones, diseño y desarrollo de las acciones de control de los problemas de salud de su población atendida.
5. Presentar Informes ejecutivos sobre la ocurrencia de eventos sujetos a vigilancia, dentro de los términos establecidos, y suministrar la información complementaria que sea requerida por la autoridad sanitaria, para los fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
6. Participación en estrategias de vigilancia, especiales planteadas por la autoridad

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública.

7. Cumplir con las normas técnicas para la vigilancia de los eventos de interés en Salud pública que sean expedidas por la autoridad sanitaria.

8. Presentación de informes ejecutivos de los grupos de los programas de interés en salud pública de la E.S.E

Según lo que se vaya presentado se incluye en el ítem que corresponda, además se monitorizan eventos trazadores en la región como el dengue en este momento epidemiológico y las lesiones por pólvora en diciembre, la sífilis congénita y gestacional que es un indicador gerencial y se presenta la información en la reunión para conocimiento del grupo coordinador lo que permita tomar decisiones al respecto.

### **Objetivo específico**

Elaborar los planes de contingencia que se requieran de acuerdo a las tendencias que se detecten al analizar los eventos de interés en salud pública.

### **Meta**

Actualizar o generar los planes de contingencia al 100% que se requieran según las tendencias de los eventos de interés en salud pública

### **indicador**

"PLANES DE CONTIGENCIA GENERADOS

Numero de planes de contingencia generados y actualizados por vigencia"


Este número de planes no está predeterminado, depende de lo que vaya sucediendo y según este monitoreo se verifica la necesidad de ampliar sobre algún evento en particular y como organizarse para responder a esta eventualidad, esto es un plan de contingencia, incluye generalidades del evento, como cada actor del hospital participa en su atención para trabajar de manera coordinada y articulada.

**Resultado: 7 planes en el año.**

### **Descripción:**


Para el primer trimestre se colaboró en actualización del plan de contingencia ola invernal con la referente del comité de emergencias.

Para el segundo trimestre se actualizo plan contingencia dengue y procedimiento de manejo de cadáveres por eventos de interés en salud pública.

 <b>Santa Mónica</b>	<b>TÍTULO</b> <b>INFORME</b>		<b>CÓDIGO</b> <b>02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO</b> <b>FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE</b> <b>02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN</b> <b>4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA</b> <b>11/12/2023</b>


Para el tercer trimestre se realizó el plan de contingencia de tosferina y fiebre amarilla enfermedades que tenemos en alerta.

Para el cuarto trimestre se actualizo el plan de contingencia de pólvora y meningococo.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

### **LÍNEA ESTRATÉGICA 3: SANTA MÓNICA CUALIFICADA**

Garantizar una gestión integral y eficiente del talento humano en la **E.S.E. Hospital Santa Mónica**, mediante procesos óptimos de selección, formación y vinculación laboral, con el propósito de contar con un equipo competente e idóneo. Esto asegurará la calidad en la prestación de los servicios de salud y el cumplimiento de la normatividad vigente, promoviendo el desarrollo profesional y el bienestar de los colaboradores

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

## **PROGRAMA: FORMALIZACIÓN LABORAL**

### **Objetivo general**

Fortalecer la formalización laboral de la planta de empleos misional y administrativo de la ESE Hospital Santa Mónica

### **Objetivo específico**

Formalizar el personal y administrativo misional de acuerdo a las necesidades de la planta de empleos

### **Meta**

"Aprobación de planta de empleos de carácter permanente y temporal por la junta directiva para cada vigencia.

### **Indicador**

"41/49": 83%

**Resultado** En el marco del proceso de formalización laboral, uno de los programas fundamentales del Plan Estratégico "*Santa Mónica, un compromiso social... sostenible y seguro*", específicamente en la Línea Estratégica No. 3: *Santa Mónica Cualificada*, hemos culminado con éxito un concurso interno que representa un hito para nuestra familia institucional.

Es importante destacar que desde el año 2019 no se desarrollaban este tipo de procesos de vinculación formal en la entidad. Seis años después, retomamos esta iniciativa, devolviendo la esperanza y proyectando un futuro institucional más justo, sólido y humano para todos, no solo hacia nuestros usuarios, sino también hacia nuestro talento humano.


Este concurso interno, que inició el 8 de mayo de 2025 mediante la Resolución No. 115, se desarrolló bajo principios de transparencia, equidad e igualdad de condiciones.

31 personas han superado satisfactoriamente todas las etapas del proceso, demostrando su compromiso, experiencia, conocimiento institucional y dominio de las funciones asistenciales correspondientes a los cargos que ahora ocuparán en propiedad dentro de la planta de empleos de carácter temporal.

## **PROGRAMA: GESTION DEL TALENTO**

### **Objetivo general**

Garantizar la gestión del talento humano competente e idóneo

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

### **Objetivo específico**

Realizar el proceso de inducción, reinducción y entrenamiento a los funcionarios nuevos y antiguos

### **Meta**

"100% del personal vinculado a la E.S.E .

### **indicador**

% de personal con inducción y reinducción

**Resultado** 420/480\*100: 87%

Durante el período de evaluación, el indicador correspondiente a la ruta de inducción presentó un cumplimiento de 420 sobre 480, lo que evidencia que no se alcanzó el 100 % del objetivo establecido

El incumplimiento total del indicador se debió principalmente a fallas identificadas en el proceso de inducción, las cuales afectaron el desarrollo y cierre oportuno de algunas actividades planificadas. Dichas fallas están relacionadas con aspectos operativos y de gestión interna que limitaron el cumplimiento integral de la ruta definida.

Actualmente, los procesos involucrados se encuentran en etapa de modificación y mejora, con el fin de corregir las desviaciones detectadas, fortalecer los controles y asegurar una ejecución más eficiente en futuros períodos de medición.

En conclusión, si bien el resultado obtenido refleja un avance significativo en la implementación de la ruta de inducción, es necesario continuar con las acciones de mejora en curso para garantizar el cumplimiento total del indicador y el logro del objetivo planteado.

### **Objetivo específico**

Establecer un plan de incentivos institucionales.

### **Meta**


Cumplir al 90% el plan de incentivos institucional "

### **Indicador**

% EJECUCIÓN DEL PLAN DE INCENTIVOS INSTITUCIONALES=

15/15:100%

**resultado:**

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

Durante el período evaluado, el Programa de Bienestar Social alcanzó un cumplimiento del 100 %, logrando ejecutar de manera satisfactoria todas las actividades, acciones y estrategias establecidas en el plan anual.

Las actividades desarrolladas se llevaron a cabo conforme a la programación definida, garantizando la participación del personal y el cumplimiento de los objetivos orientados al mejoramiento de la calidad de vida, el fortalecimiento del clima laboral y el bienestar integral de los colaboradores.

El cumplimiento total del programa evidencia una adecuada planificación, gestión y seguimiento de las acciones implementadas, así como el compromiso institucional con el bienestar social y laboral del talento humano.

## **COMPETENCIAS DEL TALENTO HUMANO**

### **Objetivo general**

Mejorar y fortalecer las competencias del Talento Humano para la prestación del servicio con altos estándares de calidad

### **Objetivo específico**

Capacitar al personal de la E.S.E según necesidades y competencias requeridas

### **Meta**

Capacitar el 85% del personal con el fin de dar cumplimiento al plan institucional de capacitaciones


### **Indicador**

"% CUMPLIMIENTO DEL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN=

**Resultado:**  $39/45 \times 100$ : 86%

Durante el período evaluado, el indicador de capacitación alcanzó un cumplimiento del 86 %, superando el mínimo establecido del 85 %.

Este resultado evidencia que las actividades de capacitación programadas fueron ejecutadas de manera satisfactoria, permitiendo el fortalecimiento de las competencias y habilidades del personal. El cumplimiento del indicador confirma una adecuada gestión del plan de capacitación y el seguimiento oportuno de las acciones definidas. En conclusión, el desempeño obtenido se considera positivo y conforme a lo establecido, al superar el umbral mínimo requerido para el indicador.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

### **Objetivo específico**

Realizar la Evaluación de Desempeño Laboral de los Empleados Públicos en los tiempos previstos por la Ley

### **Meta**

Realizar el 85% de evaluación de desempeño laboral de los empleados públicos de la ESE

### **Indicador**

"NIVEL DE DESEMPEÑO LABORAL="

**Resultado:**  $41/57 * 100$ : 89%

Durante el período evaluado, se realizó la evaluación de desempeño de los servidores públicos de carrera administrativa, logrando un avance de 41 sobre 57, lo que refleja un cumplimiento parcial del proceso.

Se encuentra pendiente la creación del acto administrativo que permita la aplicación de la evaluación de desempeño a la totalidad de los empleados de la entidad, incluyendo personal permanente, temporal, de libre nombramiento y remoción, provisionales y otras modalidades de vinculación.

La formalización de dicho acto administrativo es necesaria para garantizar la cobertura integral del proceso de evaluación y el cumplimiento total del indicador en futuros períodos.

## **PROGRAMA: SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

### **Objetivo general**


Establecer, implementar y mantener un sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo que garantice la protección, promoción y cuidado integral de la salud física, mental y social del personal de planta y contratistas.

### **Objetivo específico**

Fortalecer la vigilancia epidemiológica para identificar, analizar y controlar riesgos laborales, prevenir enfermedades, y promover el bienestar integral en un entorno laboral seguro

### **Meta**

Identificar y gestionar los riesgos laborales oportunamente

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

### Indicador

"Porcentaje de riesgos laborales identificados y gestionados oportunamente a través del sistema de vigilancia epidemiológica.

Riesgos gestionados oportunamente / Riesgos totales identificados \*100"

### Resultado: 40%

En cumplimiento de las actividades programadas, se ha garantizado la elaboración de una (1) acta por cada mes vencido, conforme a lo establecido en el cronograma institucional. Con corte al mes de junio, se han realizado cinco (5) comités y sus respectivas cinco (5) actas, alcanzando un cumplimiento del 100% frente a la meta programada para el periodo evaluado.

En relación con los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica (SVE), se continúa con las acciones de intervención y seguimiento, orientadas al control y mitigación de riesgos identificados. Actualmente, se encuentra en proceso la actualización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de riesgo químico, con el fin de fortalecer la gestión preventiva y garantizar la alineación con la normatividad vigente.


De igual manera, se han adelantado acciones de fortalecimiento del Programa de Seguridad Vial y del Programa de Trabajo Seguro en Alturas, priorizando estrategias de prevención, capacitación y control, con el propósito de minimizar la ocurrencia de incidentes y promover condiciones seguras para los trabajadores.

### Objetivo específico

Diseñar e implementar medidas preventivas eficaces que minimicen los riesgos laborales, garantizando un entorno de trabajo seguro y saludable, mediante la identificación de peligros, la adopción de controles adecuados y la provisión de equipos de protección personal (EPP)

### Meta

Implementar medidas preventivas en el 100% de los puestos de trabajo identificados con riesgos, garantizando la instalación de controles adecuados y la entrega de equipos de protección personal (EPP) a todos los empleados expuestos a peligros laborales.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

## Indicador


### Porcentaje de puestos de trabajo con medidas preventivas implementadas

Número de puestos de trabajo con medidas preventivas implementadas / Número total de puestos de trabajo identificados con riesgo

**Resultado: 25%**


De manera complementaria, se realizaron valoraciones de puestos de trabajo dirigidas a funcionarios con restricciones médicas, con el fin de verificar condiciones ergonómicas y realizar los ajustes necesarios conforme a sus recomendaciones ocupacionales.

En articulación con la profesional de deportes, se llevaron a cabo rondas de seguimiento orientadas al manejo adecuado de la postura y prevención de movimientos repetitivos, promoviendo buenas prácticas ergonómicas y reduciendo el riesgo de lesiones osteomusculares.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

#### **LÍNEA ESTRATÉGICA 4: SANTA MÓNICA AUTOSOSTENIBLE**

Fomentar la autosostenibilidad de la **E.S.E. Hospital Santa Mónica** mediante la implementación de prácticas sostenibles en los ámbitos económico y social, optimizando el uso de recursos, fortaleciendo la generación de ingresos y garantizando la sostenibilidad financiera e institucional a largo plazo.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

## **SANTA MÓNICA AUTOSOSTENIBLE Y LEGAL**

### **Programa: FINANCIERA**

#### **Objetivo general**

Garantizar la disponibilidad de recursos financieros para el cumplimiento eficiente de las actividades misionales, promoviendo la sostenibilidad y estabilidad financiera de la entidad

#### **Objetivo específico**

Mantener un equilibrio presupuestal mediante el óptimo recaudo de la cartera corriente y de vigencias anteriores, y la utilización racional de los recursos en el gasto

El resultado debe ser Mayor o igual a 1,00

**META 2025** >= 1

#### **Indicador**

RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO = Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia, con c x c vigencias anteriores / valor de la ejecución de los gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores.


**Resultado:** 82.632.220.697 / 96.199.763.049 = 0,86

#### **Objetivo específico**

"Realizar un análisis continuo del comportamiento presupuestal de ingresos y gastos en cada periodo, asegurando el cumplimiento de las metas del plan de desarrollo y los indicadores establecidos en la Resolución 408 de 2018.

La línea base de este indicador está establecido en la resolución 408 de 2.018 y la relación anterior debe ser <=90.

**META 2025** <= 0.90

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

**Indicador**

EVALUACION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR PRODUCIDA= (Gastos comprometidos de la vigencia actual sin incluir cuentas por pagar de la vigencia anterior / número de UVR producidas en la vigencia actual) / (Gastos comprometidos de la vigencia anterior sin incluir cuentas por pagar/ número de UVR producidas en la vigencia anterior)

**Resultado:**

$(84.041.321.351/1.154.788)/(61.287.995.508/947.667)=72.776/64.673=1,1$

**Objetivo específico**

Lograr la generación de ejecuciones presupuestales acorde a la realidad de los hechos económicos, liberando certificados que no han sido utilizados, logrando una mayor eficiencia en el compromiso y ejecución del gasto.

**META 2025=** Sin riesgo

**Indicador**

EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECONOCIMIENTO=Total compromisos acumulados/ total reconocimientos generados.

**Resultado:**  $96.199.763.049 / 111.789.349.772 = 0,86$

**Objetivo específico**


Evaluar mensualmente el comportamiento de los ingresos reconocidos en la vigencia corriente, la recuperación de cartera de vigencias anteriores y las obligaciones presupuestales, comparando estos resultados con el mismo periodo del año anterior para facilitar una gestión eficiente y oportuna.

**META 2025<=** 100

**Indicador**

"RESULTADO DEL EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECONOCIMIENTO= valor de la ejecución de ingresos totales reconocimientos en la vigencia, con c x c vigencias anteriores / valor de a ejecución de los gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores.

**Resultado:**  $111.789.349.772 / 96.199.763.049 = 1,2$

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

### Objetivo específico

"Verificar que en cada uno de los periodos que la producción sea radicada en forma oportuna, para que se convierta en derechos exigibles y unidades económicas para la entidad.

Obtener eficiencia en el recaudo, basados en la radicación oportuna de la facturación, generando derechos exigibles y unidades económicas para la E.S.E "

**META 2025**>= 90%

### Indicador

% DE RADICACION DE FACTURAS CREDITO= Total de facturas radicadas / Total de facturas crédito emitidas en el periodo\*100"

**Resultado:** 90%

**Descripción:** Se evidenció un retraso en la radicación derivado de la entrada en vigencia de la Resolución 2275 de 2023, la cual implicó ajustes operativos en el proceso de recepción y validación documental. Adicionalmente, el alto volumen de facturación y las inconsistencias en la transmisión de los archivos XML han generado reprocesos que impactaron los tiempos de radicación.

### Objetivo específico


Presentar informes de cartera reales, que permitan procesos eficientes de conciliación con las diferentes entidades responsables de pago (ERP) y consecuentemente el ingreso de los recursos a la ESE de manera oportuna, garantizando la adecuada prestación de los servicios de salud.

**META 2025**>= 80%

### Indicador

% DE REZAGO DE CARTERA= Total recaudo corriente acumulado /total reconocimiento corriente acumulado\* 100%

**Resultado:** 68.405.529.611 / 97.562.658.686 = 70%

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

**Descripción:** Se presenta una alta incidencia de glosas y devoluciones por parte de las diferentes administradoras. Adicionalmente, con las entidades NUEVA EPS, SANITAS, SURA y SALUD TOTAL se ha evidenciado un comportamiento deficiente en los pagos, lo cual impacta de manera directa el cumplimiento del indicador.

### **objetivo específico**

Establecer cronograma para la entrega de los estados financieros y presupuestales que permitan realizar los análisis correspondientes y aportar herramientas efectivas para la toma de decisiones gerenciales.

**META** 2025 >= 100%

### **Indicador**

"% DE INFORMES PRESENTADOS ANTE LOS ENTES DE CONTROL

Numero de informes presentados / Total de informes a presentar \* 100"

**Resultado:**  $4/4 * 100 = 100$

## **PROGRAMA: FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS**

### **Objetivo general**

Garantizar que el proceso 14, "Adquisición de Bienes y Servicios", se lleve a cabo en cumplimiento con las normativas vigentes y la prevención del daño antijurídico

### **Objetivo específico**


Adelantar la contratación de manera oportuna en la aplicación del manual de contratación de la ESE

**Meta** 100% de los contratos legalizados

### **Indicador**

"% DE CONTRATOS LEGALIZADOS

Numero Solicitudes de adquisición de bienes y servicios que cumplen con el manual

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

de contratación / Total de solicitudes de adquisición de bienes y servicios radicadas \*100% "

**Resultado** 494/494\*100=100%

Del análisis de la información suministrada, se evidencia que durante la vigencia 2025 la entidad ejecutó un total de **553 CONTRATOS**, distribuidos en 494 contratos formales y 59 órdenes de compra, por un valor acumulado (incluyendo adiciones) de \$80,356,928,692 pesos. La gestión contractual abarcó diez (10) tipologías contractuales.


La siguiente tabla sintetiza la distribución de la contratación por modalidad:

Modalidad Contractual	Cantidad	Valor Total
Prestación de Servicios Profesionales (PSP)	362	\$55,871,583,330
Suministro (SM)	91	\$16,439,962,998
Obra (OB)	2	\$3,649,713,611
Prestación de Servicios de Salud (PSS)	9	\$2,480,582,542
Seguros (SG)	1	\$580,937,616
Arrendamiento (AR)	7	\$409,742,925
Transporte (TR)	4	\$340,400,000
Compraventa (CV)	6	\$165,614,237
Consultoría/Servicios (CS)	2	\$99,315,425
Servicios Integrales (SSI)	10	\$89,161,959
Órdenes de Compra (OC)	59	\$229,914,049
<b>TOTAL</b>	<b>553</b>	<b>\$80,356,928,692</b>

El 100% de las solicitudes de adquisición de bienes y servicios radicadas fueron tramitadas y legalizadas conforme al manual de contratación de la entidad. No se evidencian solicitudes pendientes de legalización ni procesos incompletos en la base de datos analizada.

### Cumplimiento del indicador

<b>Meta</b>	100% de los contratos legalizados
<b>Indicador</b>	% de Contratos Legalizados

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>
<b>Fórmula</b>	Número de solicitudes de adquisición que cumplen con el manual / Total de solicitudes radicadas × 100%		
<b>Resultado</b>	553 / 553 × 100% = 100%		
<b>Cumplimiento</b>	CUMPLIDO – 100%		

### Objetivo específico

Publicar en el SECOP oportunamente la contratación celebrada por la ESE

### Indicador

100% de los contratos celebrados se publiquen el SECOP de manera oportuna  
 Numero de publicaciones realizadas en el SECOP / Numero de contratos celebrados \*100%

### Resultado


De acuerdo con la base contractual analizada, la E.S.E. Hospital Santa Mónica celebró 553 contratos que requieren publicación obligatoria en SECOP. La entidad cuenta con los registros completos de la totalidad de estos contratos, con la información mínima exigida por la plataforma: número contractual, contratista, objeto, valor y modificaciones (adiciones).

Se establece que el 100% de los contratos celebrados cuentan con la documentación completa requerida para su publicación en SECOP. La gestión de publicación se realiza de manera continua y oportuna.

### Cumplimiento del indicador

<b>Meta</b>	100% de los contratos celebrados publicados en SECOP de manera oportuna
<b>Indicador</b>	% de Publicaciones en SECOP
<b>Fórmula</b>	Número de publicaciones realizadas en SECOP / Número de contratos celebrados × 100%
<b>Resultado</b>	553 / 553 × 100% = 100%
<b>Cumplimiento</b>	CUMPLIDO – 100%

### Objetivo específico

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

Ejercer una debida defensa y representación tanto en las acciones constitucionales y procesos judiciales en los que este convocada la ESE

### Indicador

Ejercer la defensa y representación en el 100% de los procesos

Numero de procesos con representación judicial / Total de acciones instauradas en contra \*100%


**Resultado:**  $846/846*100=100\%$

Del análisis del Reporte de Procesos Judiciales 2025, la E.S.E. atendió la representación judicial de la entidad un total de 846 acciones judiciales y constitucionales durante la vigencia, distribuidas así:

Tipo de Acción	Con Sentencia de primera instancia	Favorables	Desfavorables	En tramite
Nulidad y Restablecimiento del Derecho	20	9	11	4
Reparación Directa	17	13	4	13
Acciones de Tutela	792	—	—	—
<b>TOTAL, ACCIONES ATENDIDAS</b>	<b>846</b>	<b>22</b>	<b>15</b>	<b>17</b>

Se destaca que la E.S.E. ha realizado oportunamente las contestaciones de demanda en los procesos más recientes (radicados 2025-00268, 2025-00121, y 2024-00423 contestado el 25/08/2025), y ha asistido a las audiencias de pruebas programadas, lo que evidencia una gestión activa y oportuna de la defensa judicial.


Durante la vigencia 2025, la E.S.E. Hospital Santa Mónica atendió un total de 792 acciones de tutela lo que implica que la Oficina Jurídica gestionó en promedio 66 acciones de tutela mensuales, lo que evidencia una capacidad operativa significativa para dar respuesta oportuna dentro de los términos perentorios que establece el Decreto 2591 de 1991 (10 días hábiles para responder).

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

## **LINEA ESTRATEGICA 5**

### **SANTA MÓNICA COMPETITIVA**

Impulsar el desarrollo de la infraestructura, la innovación y la competitividad económica de la E.S.E. Hospital Santa Mónica, con el propósito de atraer inversiones, optimizar los servicios ofrecidos y consolidar su posicionamiento como un referente de excelencia en salud a nivel regional y nacional.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

## **PROGRAMA: ACREDITACIÓN**

### **Objetivo general**

Fortalecer la capacidad del E.S.E. Hospital Santa Mónica para ofrecer servicios de salud de alta calidad, mediante la implementación de un sistema de gestión que cumpla con los estándares del Sistema Único de Acreditación, basada en la evaluación y mejoramiento continuo. fortaleciendo la cultura de autocontrol enfocado en la seguridad y efectividad de la atención, para lograr la satisfacción del usuario

### **Objetivo específico**

Realizar anualmente la autoevaluación de acreditación cumpliendo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social

### **Meta**

Meta 2025: 1.1

### **Indicador**


**MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR** = Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/ Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.

$$3,39/3,57 = 0,95$$

**Resultado Obtenido: 1.1**

### **CALCULO DEL INDICADOR**

La evaluación de cumplimiento de los estándares es una herramienta de carácter diagnóstico, estrategia para ayudar a identificar donde están las fallas de calidad y focalizar los procesos en que se presentan desviaciones para enfatizar en el seguimiento y apoyo al mejoramiento. Por lo tanto, el proceso de acreditación obliga a mejorar los estándares de calidad en la atención al usuario, basado en tres pilares fundamentales: mejoramiento continuo, atención segura y centrada en el usuario y humanización.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

La E.S.E Hospital Santa Mónica realiza el proceso de autoevaluación de los estándares de acreditación en el cual se busca promover mejores prácticas para alcanzar niveles superiores de calidad en los servicios ofertados, para la evaluación de la vigencia 2024 se obtuvo una calificación en el indicador de mejoramiento continuo de calidad de 0.95 % con un promedio 3,39 de los ítems evaluados por los integrantes de los grupos evaluadores.

### **VISITA DE SEGUIMIENTO DE CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015 “SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD”:**

En el mes de octubre del año 2025 el ente certificador ICONTEC realizo la auditoria de para la recertificación en la Norma ISO 9001:2015 con la cual la institución hace adopción de un sistema de gestión de la calidad como una decisión estratégica, que contribuye de manera activa al crecimiento, desempeño y competitividad de la institución a través de la mejora continua que permite dar cumplimiento de los objetivos de los procesos, proporcionando una base sólida para las iniciativas de desarrollo sostenible. Además de ayudar al fortalecimiento del Modelo Integrado de Planeación y gestión MIPG, lo que busca simplificar e integrar los sistemas de desarrollo administrativo, gestión de la calidad y control interno, para hacer los procesos dentro de la entidad más sencillos y eficientes.

#### **Objetivo específico**

Fortalecer la gestión de las acciones de mejora con el fin de garantizar que el cierre de ciclos sea efectivo y contribuya a la mejora continua.


#### **Meta**

Meta 2025: > ó = a 0,90

**EFFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (Fuente: Acreditación) =** No. Acciones de mejora ejecutadas derivadas de auditorías realizadas/Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de planes de mejora

**Resultado Obtenido: 0,90**

Este indicador es de medición semestral. De las 49 oportunidades de mejora priorizadas,

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

se logró el cierre de 44, obteniendo un resultado de 0,90, lo cual permite dar cumplimiento a la meta establecida para el periodo evaluado.

## **SELLO DE LA NO DISCRIMINACIÓN Y ATENCIÓN INCLUSIVA EN SALUD**

### **Objetivo general**

Implementar y fortalecer políticas, programas y prácticas que garanticen una atención en salud inclusiva, libre de discriminación y equitativa, promoviendo el respeto por la diversidad y la igualdad en el acceso a los servicios de salud

### **Objetivo específico**

Diseñar y ejecutar un plan estratégico que garantice la adopción de prácticas inclusivas y libres de discriminación en todos los servicios del hospital, a través de la formación del personal, la implementación de protocolos, y el fortalecimiento de mecanismos de seguimiento y evaluación.

### **Meta**

Implementar el plan estratégico en el 100% de las áreas del hospital, capacitando al 100% del personal y estableciendo un sistema de monitoreo operativo

### **Indicador**


Porcentaje de áreas del hospital con el plan estratégico de prácticas inclusivas implementado.

Porcentaje de implementación: N. de áreas con el plan estratégico implantado / total áreas del hospital \*100

**Descripción:** Se realizó la evaluación del autodiagnóstico para la certificación de organizaciones con el sello de no discriminación, obteniendo un avance del 50%.

En el análisis efectuado se evidenció que, dentro de las prácticas organizacionales, la entidad cuenta con acciones orientadas a prevenir cualquier forma de discriminación. Estas se encuentran reflejadas en la política de atención al ciudadano, la participación de los diferentes grupos poblacionales en actividades institucionales, la accesibilidad de la página web y las gestiones interinstitucionales para la atención de población vulnerable.

Se continuará con la formulación de la política institucional de no discriminación, con el propósito de definir los planes de acción que permitan cumplir los criterios establecidos y avanzar en el proceso de certificación ante el ente certificador.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

## **PROGRAMA: Santa Mónica Planea y Mejora**

### **Objetivo específico**

Asegurar el monitoreo y seguimiento de los planes institucionales mediante herramientas tecnológicas y metodologías eficientes Asegurar el monitoreo y seguimiento de los planes institucionales mediante herramientas tecnológicas y metodologías eficientes

### **Meta**

Implementar un sistema de seguimiento y evaluación digitalizado para el 100% de los planes operativos anuales

### **Indicador:**


"Porcentaje de planes operativos con seguimiento digitalizado

$N.^{\circ}$  total de planes operativos /  $N.^{\circ}$  de planes con seguimiento digitalizado \*100"

**Resultado:**  $12/12*100=100$

**Descripción:** Se realiza seguimiento a los planes institucionales

1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR
2. Plan Anual de Adquisiciones
3. Plan Anual de Vacantes
4. Plan de Previsión de Recursos Humanos
5. Plan Estratégico de Talento Humano
6. Plan Institucional de Capacitación
7. Plan de Incentivos Institucionales
8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETI
11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
12. Plan estratégico **“Un compromiso social...Sostenible y seguro”**

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

## Programa: Sistemas de Información y Gestión Documental

### Objetivo general

Garantizar la Infraestructura Tecnológica de la E.S.E Hospital Santa Mónica; así como la depuración y control de la documentación física de la entidad; buscando garantizar el funcionamiento de la red de sistemas en la sede principal y los CAA; y la gestión administrativa en la entidad.

### Objetivo específico

Actualizar la Red de Datos de la entidad en un 90% a categoría 7A, en la sede principal y los Centros de Atención Ambulatoria.

**META** 2025= 20%

### Indicador


"CONEXIONES Y PUNTO DE RED IMPLEMENTADOS=  
Número de Puntos de Red y Conexiones a actualizar \* 100 /Total de Puntos de Red y conexiones establecidos (FUENTE: Plan de Actualización de Red de Datos) "

### Resultado

79 / 51 = 64%

### ANALISIS DESCRIPTIVO

1. Se levantó matriz con requerimiento ante le Ministerio de Salud, con el fin de dar cumplimiento al objetivo específico, establecido para las CONEXIONES Y PUNTOS DE RED. Se espera indicaciones para la realización del Proyecto. En este se tienen proyectados 1270 puntos con una meta anual de 318 y trimestral de 79 puntos
2. Se realizaron los siguientes puntos de red: Un (1) punto de red en el área de las ventanillas del SIAU, Dos (2) puntos de red en el área de la oficina de la jefe Xiomary en el edificio de la Rita Arango y Un (1) punto de red doble en la oficina de mercadeo
3. Se encuentra en proceso de aprobación por el área financiera para un punto de red en el consultorio de ecografías 1, este punto estaría listo a mediados del mes de junio.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

4. Se incluyó en Plan de Adquisiciones para la vigencia la Reestructuración y cambio redes de la Sede Principal y los Centros de Atención Ambulatoria (Cumplimiento PETI - Plan Estratégico Institucional) por valor de 700 millones de pesos.

5. Se proyecta implementar una totalidad de 40 puntos de red temporales por la contingencia de cambio de cubiertas.

6. Durante la vigencia se ha construido 11 puntos de red, en áreas como el SIAU, Gestión Comercial, Sede ambulatoria (Rita Arango) Fisioterapia, Zona Inversores Péneles solares

### **Objetivo específico**

Depurar y Organizar el Archivos de Gestión e Historias Clínicas de la Sede Principal y los Centros de Atención Ambulatoria

**META** 2025= 20%

### **Indicador**

"ARCHIVOS DEPURADOS Y ORGANIZADOS = Número de Archivos Depurados y Organizados \* 100 / Total de Archivos a Depurar y Organizar. (FUENTE: Plan de Actualización de Red de Datos ) "

### **Resultado**

20/20 = 100%


### **ANALISIS DESCRIPTIVO**

1. Se levantó matriz con requerimiento ante le Ministerio de Salud, con el fin de dar cumplimiento al objetivo específico, estableció para Depuración y Organización Archivos de Gestión e Historias Clínicas de la Sede Principal y los Centros de Atención Ambulatoria (Cumplimiento PINAR - Plan Estratégico Institucional).

2. Se tiene proyectado la organización y depuración de 5 archivos físicos documentales y de historia clínica con una meta anual de 1,25 archivos y una meta trimestral del 0,31%

3. Se dejó proyectado en Plan de Adquisiciones para la vigencia 2026, las siguientes actividades:

\*. Depuración y Organización Archivos de Gestión e Historias Clínicas de la Sede

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

Principal y los Centros de Atención Ambulatoria (Cumplimiento PINAR - Plan Estratégico Institucional) . Por valor de 50 millones

\*. Elaboración Inventario Documental de todo el Archivo Central y fondo acumulado (Cumplimiento PINAR - Plan Estratégico Institucional) , Por valor de 60 millones.

\*. Elaboración elaboración de las Tablas de Valoración Documental y el cuadro de clasificación documental, proceso de convalidación ante el consejo departamental de archivo (Cumplimiento PINAR - Plan Estratégico Institucional). Por valor de 35 millones.

A la fecha se ha depurado un total de 7852 documentos en la vigencia 2025

### **Objetivo específico**

fortalecer y actualizar la infraestructura tecnológica de la E.S.E Hospital Santa Mónica de Dosquebradas

**META** 2025= 20%

### **Indicador**

SERVIDORES ACTUALIZADOS = Número de Servidores Instalados y Operando x100 / Total de Equipos de Servidores a Actualizar.

### **Resultado**

0 / 0 = 0


### **ANALISIS DESCRIPTIVO**

Se levantó matriz con requerimiento ante el Ministerio de Salud, con el fin de dar cumplimiento al objetivo específico, estableció; así:

1, Administración y configuración de Infraestructura de red. 2. Renovación Centro de Datos. 3. Licenciamiento 4. Servicios.

Se tiene proyectado la realización del proyecto por etapas con una meta de 1 de las cuatro actividades de forma anual, para esta vigencia se proyecta cumplir con la etapa de elaboración de proyecto para el segundo semestre del año.

En diciembre de 2025 la gerencia autorizó la realización de contrato de arrendamiento por seis meses, para cubrir necesidad prioritaria. Para el mes de junio de 2026 se realizará proyecto de compra de servidor que garantice las necesidades de actualización de infraestructura tecnológica.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

### **Objetivo específico**

Elaborar las Tablas de Valoración Documental y el cuadro de clasificación documental, proceso de convalidación ante el consejo departamental de archivo

**META 2025= 1**

### **Indicador**

TVD CONSTRUIDAS =Número de Tablas de Valoración Documental Construidas y Convalidadas

### **Resultado**

1/1 \_ 100%

### **ANALISIS DESCRIPTIVO**

2. Elaboración de las Tablas de Valoración Documental y el cuadro de clasificación documental, proceso de convalidación ante el consejo departamental de archivo (Cumplimiento PINAR - Plan Estratégico Institucional.

3. Tiene como fecha programada para iniciar con esta actividad Marzo de 2026.

Se cuenta con levantamiento de TVD del archivo que se tiene en custodia en Iron Mountain. Se cuenta con las TVD del archivo digital que se encuentra en la aplicación GEXDOC. Meta Proyecto 5 Archivos. Meta Anual 1

### **Objetivo específico**


**CAMBIAR SOFTWARE DE GESTION DOCUMENTAL**

**META 2025= 20%**

### **Indicador**

SOFTWARE DE GESTION DOCUMENTAL IMPLEMENTADO=Software Implementado

### **Resultado**

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

0 / 0 = 0

### **ANALISIS DESCRIPTIVO**

Actividad que se encuentra programada para la vigencia 2026

#### **Objetivo específico**

Elaboración Inventario Documental de todo el Archivo Central y fondo acumulado

**META** 2025= 20%

#### **Indicador**

INVENTARIO DOCUMENTADO=Número de Inventarios Documentales Construidas

#### **Resultado**

2/2 = 100%

### **ANALISIS DESCRIPTIVO**

Actividad que se encuentra programada para la vigencia 2026

Se cuenta con levantamiento de Inventario del archivo que se tiene en custodia en Iron Mountain. Se cuenta con reporte correspondiente al archivo digital que se encuentra en la aplicación GEXDOC.


### **Programa: TECNOLOGIA BIOMEDICA**

#### **Objetivo general**

Garantizar el adecuado funcionamiento, conservación de la tecnología biomédica de la ESE Hospital Santa Mónica, asegurando su funcionalidad, calidad y cumplimiento normativo para brindar servicios de salud seguros, eficientes y de alta calidad a la comunidad

#### **Objetivo específico**

Identificar los equipos que requieren reposición de partes relevantes funcionales en equipos de tecnología controlada y de diagnóstico, mantenimiento y tratamiento de la vida

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
	<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>		

**META 2025** >= 70%

**indicador**

"% PORCENTAJE DE TECNOLOGIA CONTROLADA Y DE DIAGNOSTICO DE MTTO Y TTO DE LA VIDA

Número de equipos de tecnología controlada, de diagnóstico de mantenimiento y tratamiento de la vida evaluados / Total de tecnología controlada y diagnóstico y equipos mantenimiento y tratamiento de la vida \*100"

**Resultado** 70%

**Descripción:** Durante el primer trimestre se realizó mantenimiento preventivo a los siguientes equipos biomédicos: desfibriladores, monitores de signos vitales, electrocardiógrafos, máquinas de anestesia, monitores fetales, monitores multiparámetros, ecógrafos, tomógrafo, equipo de rayos X fijo y equipos de rayos X periapicales.

En el segundo trimestre se efectuó mantenimiento preventivo a los siguientes equipos: equipo de rayos X móvil, desfibriladores, monitores de signos vitales, electrocardiógrafos y monitores fetales.

Para el cuarto trimestre, los mantenimientos preventivos programados de manera anual fueron culminados en su totalidad, dando cumplimiento a las periodicidades establecidas (anual, semestral y cuatrimestral). En consecuencia, se alcanza la meta definida para el periodo evaluado.

**Objetivo específico**


Garantizar el adecuado funcionamiento y conservación de la tecnología biomédica de la ESE

**META 2025** >= 60%

**Indicador**

Cantidad de equipos intervenidos al año / cantidad de intervenciones programadas durante la vigencia \*100

**Resultado** 60%

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
	<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>		

## Descripción

Durante el primer trimestre de 2025 se realizaron intervenciones programadas a los siguientes equipos biomédicos: máquina de anestesia, desfibrilador, monitor fetal, monitores de signos vitales y electrocardiógrafo.

En el segundo trimestre de 2025 se efectuaron intervenciones programadas a monitores fetales y monitores de signos vitales.

En el tercer trimestre de 2025 se realizaron intervenciones programadas a monitores de signos vitales y electrocardiógrafos.

## Objetivo específico

Capacitar al personal responsable y relacionado con el uso y manejo adecuado de los equipos de tecnología controlada y equipos mantenimiento y tratamiento de la vida de la ESE

**META 2025** >= 70%

## Indicador

"% DE PERSONAL CAPACITADO EN EL MANEJO ADECUADO Y SEGURO DE LOS EQUIPOS="

Número de capacitaciones realizadas en el año / Número de capacitaciones programadas en el año\*100"

**Resultado:** 70%


## Descripción:

Se realizó capacitación al personal asistencial en el manejo, limpieza y desinfección de equipos biomédicos, distribuidas de la siguiente manera:

En la primera jornada se capacitó sobre el uso y mantenimiento de desfibriladores, máquinas de anestesia y monitores de signos vitales.

En la segunda jornada se abordó el manejo, limpieza y desinfección de equipo de rayos X móvil, desfibriladores, monitores de signos vitales, electrocardiógrafos y monitores fetales.

En la tercera jornada se capacitó al personal en el manejo de desfibriladores, equipo de rayos X fijo y equipo de rayos X móvil.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

## **Programa: INFRAESTRUCTURA**

### **objetivo general**

Garantizar el adecuado funcionamiento y conservación de la infraestructura creando los mecanismos y realizando las actividades técnico administrativas necesarias para brindar una óptima prestación del servicio en salud.

### **Objetivo específico**

Realizar un diagnóstico de las necesidades de infraestructura para la ESE y los Centros de Atención ambulatoria con el fin de definir prioridades de intervenciones requeridas

### **Meta**

un documento diagnóstico de las necesidades de infraestructura

### **Indicador**

1 (un) documento diagnostico preliminar de infraestructura

**Resultado:** 1 documentos diagnostico

### **Descripción**

Se elaboró y actualizó un documento preliminar que consolida las intervenciones requeridas en infraestructura, conforme a los criterios de habilitación vigentes y a las necesidades identificadas en la E.S.E., con el fin de priorizar acciones y planificar su ejecución.


### **Objetivo específico**

Garantizar el cumplimiento y seguimiento del plan maestro de intervencion e inversion de infraestructura

**META** 2025 >= 25%

### **Indicador**

Número de intervenciones de infraestructura realizadas en el año / Número total de

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

intervenciones programadas en el plan maestro de intervención e inversión

**Resultado:** 25%

### **Descripción**

Durante el primer trimestre del año no se ejecutaron intervenciones en infraestructura, las cuales se encuentran programadas para desarrollarse en el segundo semestre.

En el cuarto trimestre se dio inicio a la ejecución del contrato para la reposición de la cubierta de la sede principal. Asimismo, se formuló el proyecto para la construcción de una subestación eléctrica en la sede principal, con el propósito de fortalecer la capacidad instalada y garantizar la continuidad en la prestación del servicio.

### **PROGRAMA: GESTION COMERCIAL**

#### **Objetivo general**

Incrementar los ingresos y la sostenibilidad del Hospital mediante la venta de servicios particulares y paquetes empresariales en salud ocupacional y chequeos preventivos, fortaleciendo la imagen institucional en la comunidad y el sector salud, desarrollando productos de marca propia, y fomentando la fidelización de pacientes. Además, aumentar el compromiso y satisfacción del cliente mediante un plan integral de comunicaciones y mercadeo, e impulsar el crecimiento mediante alianzas estratégicas con instituciones de salud y bienestar

#### **Objetivo específico**

Aumentar la captación de pacientes particulares mediante la diversificación de servicios médicos y programas de bienestar


#### **Meta**

"Diseñar e implementar nuevos servicios médicos orientados a las necesidades actuales del mercado.

incremento del 50% anual en el número de atenciones particulares como meta inicia

#### **indicador**

Tasa de crecimiento de atenciones particulares  
(Consultas y procedimientos particulares del periodo actual – periodo anterior) / pe

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

riodo anterior×100"

### **Resultado:99%**

Se registró una tasa de crecimiento del **99%** en atenciones particulares, superando exponencialmente la proyección inicial.

Este comportamiento refleja una elasticidad positiva de la demanda frente a la diversificación del portafolio de servicios. El incremento generoso observado en la vigencia 2024 sirvió como base comparativa para consolidar un modelo de atención que prioriza la oportunidad y la suficiencia en imagenología, consultas y procedimientos quirúrgicos

### **Meta**

Fortalecer los programas de bienestar mediante estrategias innovadoras y campañas promocionales dirigidas a públicos objetivos. Incremento del 10% trimestral

### **Indicador**

Ingresos generados por servicios particulares Incremento porcentual=  
(Ingresos vigencia anterior Ingresos vigencia actual–Ingresos vigencia anterior)  
×100

### **Resultado 132%**

Incremento del **132%** en ingresos generados por servicios particulares.


El recaudo superó la meta trimestral del 10% mediante una gestión de costos eficiente y la implementación de campañas de marketing relacional. Este superávit fortalece la solvencia de la entidad, permitiendo el apalancamiento de proyectos de inversión y la reducción de la dependencia de transferencias externas

### **Meta**

"Garantizar una atención oportuna, segura y continua a los usuarios de servicios particulares, reflejada en la ausencia de quejas y reclamos durante la prestación del servicio.

≥ 98% de los servicios particulares prestados sin quejas o reclamos. Mensual

### **Indicador**

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

"Número de usuarios particulares sin registro de quejas o reclamos.

(Total de usuarios particulares atendidos/Numero de usuarios particulares atendidos que no presentaron quejas)×100"

### **Resultado 99%**

Cumplimiento del **100%** en el indicador de usuarios sin manifestaciones negativas (PQRS). La ausencia de registros en los canales oficiales de atención evidencia la robustez de los protocolos de humanización y la efectividad de la ruta de atención al paciente particular. Este resultado garantiza un riesgo reputacional nulo en este segmento, validando la competitividad institucional frente a prestadores privados.

### **Meta**

Agregar 3 nuevos contratos anualmente

### **Indicador**

Número de nuevos contratos de paquetes de salud ocupacional firmados con empresas locales

### **Resultado 0**

Ejecución del **0%** en suscripción de nuevos contratos específicos de salud ocupacional. Durante la vigencia 2025 se completó la fase de prospección y acercamiento al 100% de las empresas objetivo, cumpliendo con la meta de gestión. La falta de concreción contractual se atribuye a ciclos de maduración de negocio externos. Para la vigencia 2026, la estrategia se reorienta hacia la contratación por paquetes cerrados y la optimización de la capacidad instalada para exámenes de ingreso y periódicos.


### **Meta**

"Diseñar estrategias promocionales para fomentar el interés de las empresas en los paquetes empresariales Contactar 5 empresas al año

### **Indicador**

Número de empresas contactadas durante las campaña/ e

### **Resultado 100%**

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

Durante la vigencia 2025 se completó la fase de prospección y acercamiento al 100% de las empresas objetivo, cumpliendo con la meta de gestión. La falta de concreción contractual se atribuye a ciclos de maduración de negocio externos. Para la vigencia 2026, la estrategia se reorienta hacia la contratación por paquetes cerrados y la optimización de la capacidad instalada para exámenes de ingreso y periódicos.

### **Meta**

Mantener una retención de contratos del 90%

### **indicador**

#### **Tasa de retención de contratos**

Número de contratos retenidos / Número total de contratos \*100"

**Resultado** 100%

Se logró un cumplimiento del **100%**.

Se garantizó la permanencia de la totalidad de las EPS como clientes, lo que evidencia su satisfacción con el modelo de atención y la gestión comercial de la institución.

Esta estabilidad contractual permitió expandir el portafolio mediante la contratación exitosa de paquetes especializados como **Clínica de Heridas y Cardiología (CADRI)**.

### **Objetivo específico**

Fortalecer la imagen de la ESE Hospital Santa Mónica, a través campañas de comunicación efectivas y presencia en eventos comunitarios.

### **Meta**


participación en al menos 4 eventos comunitarios al año

### **indicador**

Participación en eventos de salud y bienestar en la región

**Resultado**100%

El cumplimiento del 100% en este indicador ratifica la consolidación de la ESE como un referente de salud confiable y cercano a la población. Este logro se fundamenta en tres ejes estratégicos ejecutados durante la vigencia 2025:

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

- 1. Descentralización de Servicios (Estrategia Extramural):** A través de las campañas "Mónica a tu Municipio", "A tu Colegio" y "A tu Barrio" "A tu casa", se logró una presencia física sin precedentes en el territorio. Esta estrategia no solo facilitó el acceso a servicios de imagenología y consultas, sino que humanizó la marca institucional, trasladando la capacidad hospitalaria directamente al entorno cotidiano del usuario.
- 2. Impacto en Salud Pública y Conciencia de Marca:** La ejecución de campañas masivas de prevención (Cáncer, VIH/SIDA y enfermedades virales) bajo los lineamientos del PIC, permitió que la comunicación del hospital fuera percibida como una herramienta de bienestar social. La articulación con el **ICBF y SOS** potenció el eco de estos mensajes, incrementando el *top-of-mind* institucional en diversos grupos poblacionales.
- 3. Conversión de Imagen en Valor Comercial:** El fortalecimiento de la imagen pública fue el motor que impulsó el incremento del **99% en atenciones particulares**. La percepción de un hospital moderno, activo y presente en la comunidad redujo las barreras de desconfianza, permitiendo que el reconocimiento de marca se tradujera en una elección efectiva de nuestros servicios por parte de los ciudadanos.

*Proyección 2026*

Para la próxima vigencia, el reto consiste en capitalizar este posicionamiento mediante la **articulación del merchandising y el programa de membresías**. Se utilizará la plataforma de comunicación ya establecida para transformar la "presencia en eventos" en una "fidelización tangible", asegurando que el reconocimiento institucional soporte la venta de servicios y productos de marca propia.

### **Meta**


Impulsar el desarrollo y comercialización de una línea de productos de salud y bienestar con identidad propia del hospital, alineada con la cultura y economía local, con el fin de fortalecer la marca institucional y diversificar las fuentes de ingreso, lanzar tres productos al año

### **Indicador**

Cantidad de productos vendidos en la tienda del hospital y en línea

### **Resultado**

**0%**

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

Durante la vigencia 2025, el proyecto de la "Tienda Santa Mónica" se centró en la **fase de estructuración de portafolio y definición de identidad visual**. Aunque el indicador operativo registra un 0% de ventas, la gestión se concentró en los siguientes hitos preparatorios:

1. **Estudio de Mercadeo Local:** Se identificaron las necesidades de la comunidad para asegurar que los productos de bienestar (merchandising y kits de salud) guarden coherencia con la economía de la región.
2. **Alineación de Marca:** Se avanzó en el diseño de productos que no solo generen ingresos marginales, sino que actúen como vehículos de posicionamiento de la marca institucional en el hogar del usuario.
3. **Barreras de Ejecución:** La no consolidación de la venta física respondió a la priorización de la adecuación de la infraestructura logística y los permisos administrativos necesarios para la comercialización formal de productos.

### **Objetivo específico**

Implementar estrategias de fidelización para pacientes particulares a través de programas que fomenten la continuidad de su atención y el acceso a beneficios

### **Meta**

"Diseñar e implementar programas de fidelización que incentiven la permanencia de los pacientes en el hospital.

### **Indicador**

No de venta de membresías y suscripciones de pacientes particulares 50 anuales


### **Indicador**

Número de usuarios que acceden a consultas de seguimiento y chequeos preventivos

### **Resultado**

5%

Durante la vigencia 2025, el programa de fidelización basado en la **Tarjeta de Beneficios y Membresías** cumplió exitosamente su fase de diseño técnico, estructuración de beneficios y socialización oficial, la cual se llevó a cabo el 30 de

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

abril. El resultado del 5% en ventas responde a un comportamiento típico de introducción de servicios intangibles en el mercado de salud, donde se identificaron los siguientes puntos clave:

1. **Ciclo de Adopción del Usuario:** La vigencia 2025 se consolidó como el periodo de "evangelización" del producto. Aunque la conversión en ventas fue baja, el nivel de conocimiento del programa entre los usuarios atendidos aumentó, estableciendo una base de prospectos para el cierre comercial.
2. **Validación de Beneficios:** El periodo permitió identificar que los pacientes particulares valoran la continuidad y el acceso preferencial, pero requieren de un mayor acompañamiento informativo para percibir el valor de la suscripción anual frente al pago por evento.
3. **Desfase en la Articulación Publicitaria:** Se detectó que la fuerza de ventas y los canales de comunicación masiva requieren una integración más profunda para que el paciente particular asocie la calidad de la atención recibida con las ventajas de la membresía.

### **Objetivo específico**

Mejorar el compromiso de la comunidad con el hospital a través de un plan de comunicaciones que informe, eduque y posicione al hospital como un recurso confiable en salud.

### **Meta**

Visitas y participantes en campañas, con un objetivo de participación del 100% de campañas en la comunidad


### **Indicador**

Alcance de campañas informativas de salud preventiva y bienestar

Numero de campañas que se participan/total campañas programadas

**Resultado** 100%

El cumplimiento total de este indicador refleja una gestión de comunicaciones de alto impacto que ha logrado transitar de un modelo informativo a uno de interacción directa con el usuario. Los pilares de este éxito técnico son:

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

- Educación y Prevención como Activos de Marca:** La ejecución sistemática de campañas sobre la lucha contra el cáncer, VIH/SIDA y prevención de virus bajo los lineamientos del PIC, no solo cumplió con las metas de salud pública, sino que posicionó a la ESE como una autoridad técnica confiable. El hospital dejó de ser percibido únicamente como un centro de curación para convertirse en un aliado de bienestar preventivo.
- Estrategia Multicanal y Presencia en Territorio:** La efectividad del plan de comunicaciones se validó a través de la masiva respuesta a las campañas "**Mónica a tu Municipio**", "**A tu Colegio**" y "**A tu Barrio**". La articulación de medios digitales con intervenciones físicas permitió que el mensaje institucional alcanzara a diversas cohortes generacionales, garantizando que el 100% de las campañas programadas tuvieran una participación activa de la comunidad.
- Construcción de Confianza Institucional:** El posicionamiento logrado es el factor subyacente que explica el incremento del **99% en atenciones particulares**. La comunicación efectiva redujo la brecha de percepción de calidad, logrando que el hospital sea reconocido como un recurso de salud altamente confiable tanto para los programas estatales como para el mercado de servicios privados.

### Objetivo específico

Fortalecer la red de servicios mediante alianzas con otras instituciones de salud,

### Meta

Establecer al menos 3 nuevas alianzas por año


### Indicador

Número de alianzas estratégicas formadas anualmente

### Resultado 100

El cumplimiento del 100% en este indicador demuestra una gestión comercial proactiva orientada a la creación de un ecosistema de salud integral. La consolidación de alianzas estratégicas durante la vigencia 2025 se fundamentó en los siguientes logros:

- Consolidación de Alianzas con Pagadores y Entidades Sociales:** Se lograron convenios de alto impacto con **ICBF y SOS**, además de fortalecer la relación con otras EPS. Estas alianzas han sido determinantes para garantizar la canalización de usuarios hacia los servicios de la ESE y para la ejecución coordinada de la Atención Primaria en Salud (APS).

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

## **Programa: GESTION AMBIENTAL**

### **Objetivo general**

Implementar un Plan de Mantenimiento para la Gestión Ambiental en la E.S.E. Hospital Santa Mónica y sus Centros de Atención Ambulatoria (CAA), abarcando el manejo integral de residuos sólidos (ordinarios y peligrosos), su disposición final adecuada, y la reparación oportuna de equipos dentro del plan establecido.

### **Objetivo específico**

Garantizar el cumplimiento al 100% de la norma de Hospital Seguro, abarcando de manera integral sus tres componentes:

- Estructural, asegurando el 50% de los criterios requeridos,
- No estructural, alcanzando el 30% de los estándares establecidos,
- Funcional Asistencial, logrando el 20% de las metas operativas y de atención al usuario.

Esto permitirá fortalecer la seguridad, funcionalidad y resiliencia del establecimiento ante cualquier eventualidad.

**META** Cumplir el 100% del estándar en cada componente: 50% en el componente estructural

### **Indicador**


Estructural:

Criterios cumplidos estructurales / criterios totales estructurales\*100%

### **Resultado**

**80%:** Promedio de los resultados trimestrales durante el 2025

### **Descripción de la actividad**

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

La E.S.E. evidencia un avance significativo del 80 % en el cumplimiento del indicador de gestión ambiental, reflejando la implementación parcial pero funcional de los lineamientos establecidos para el aseguramiento ambiental de la infraestructura hospitalaria.


Este resultado demuestra que la institución ha logrado consolidar de manera mayoritaria los criterios de eficiencia energética y uso racional de recursos, mediante la operación de energías alternativas (paneles solares y planta eléctrica), así como la ejecución de campañas de ahorro y control del consumo energético e hídrico.

En cuanto al manejo del recurso hídrico, se verifica la ejecución sistemática de actividades de recirculación y reutilización de aguas, el lavado y potabilización de tanques conforme a la programación establecida (1–2 veces), y el monitoreo de parámetros de calidad (pH y cloro) mediante equipos certificados como Spectroquant. Asimismo, se evidencia el lavado y mantenimiento periódico de trampas de grasa en las diferentes áreas, contribuyendo a la prevención de impactos ambientales y sanitarios.

Respecto a la gestión integral de residuos sólidos, se observa un cumplimiento mayoritario de los procesos de vigilancia y control, con articulación efectiva entre el gestor interno y el gestor externo, garantizando el manejo y la disposición de residuos conforme a la normativa ambiental vigente. La actualización e implementación del PGIRASA, así como la adopción progresiva de la Resolución GAGAS, presentan avances sustanciales, aunque aún requieren fortalecimiento para alcanzar la totalidad del cumplimiento.

Finalmente, el resultado del indicador confirma que los análisis de superficies, ambientes, manipuladores de alimentos, productos de cocina, agua potable y caracterización de aguas residuales se realizan y documentan de forma mayoritaria dentro del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), permitiendo trazabilidad, control y soporte para auditorías internas y externas. No obstante, el 20 % pendiente representa oportunidades de mejora orientadas a la estandarización total, cierre de brechas documentales y consolidación del cumplimiento integral del indicador.

**META 30%** en el componente no estructural

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

### Indicador

No Estructural:

Criterios cumplidos no estructurales / criterios totales no estructurales\*100%


### Resultado

Para la obtención de este indicador se evalúa independiente cada componente donde el resultado obtenido fue el siguiente:

1. Indicador De Destinación Para Incineración (I.D.I.) = Residuos Incinerados Kg / Residuos Tratados \* 100 = **31,5375**
2. Indicador De Destinación Para Reciclaje (I.D.R.) = R.R. Residuos Reciclados (Kg. Año) / R.T. Cantidad De Residuos Totales (Kg. Año.) \* 100 = **8,2841**
3. Indicador De Destinación Para Relleno Sanitario (I.D.R.S.) = R.R.S. Cantidad De Residuos Dispuestos En Relleno Sanitario (Kg. Año) / R.T. Cantidad De Residuos Totales (Kg. Año) \* 100 = **60,545**
4. Indicador De Destinación A Otro Sistema (I.D.O.S.) = R.O.S. Cantidad De Residuos Sometidos A Otros Sistemas De Tratamiento (Kg. Año) / R.T. Cantidad De Residuos Totales (Kg. Año). \* 100 = **8,85**

### Descripción de la actividad

1. El resultado del indicador muestra cómo se han venido realizando de manera eficiente los procesos de separación de residuos biológicos que presentan riesgo de contaminación, generando eficiencia en la manera a disponer con una adecuada separación y rotulación para una mejora en los procesos de incineración del gestor externo que le presta los servicios al Hospital Santa Mónica de Dosquebradas. Los residuos que se destinan a incineración suelen ser aquellos biológicamente infecciosos, patológicos o peligrosos, y su tratamiento inadecuado puede representar riesgos para la salud humana y el medio ambiente, por consiguiente, un comportamiento constante es tendiente a mostrar a un adecuado manejo en la separación y disposición final.
2. El cumplimiento en dicho indicador, muestra cómo se está realizando el proceso de separación en la fuente, así como el adecuado acopio, recolección y manejo de los residuos altamente aprovechables que se generan en todos los procesos dentro de las diferentes áreas de la E.S.E. Hospital Santa Mónica de Dosquebradas.

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

3. El resultado del indicador nos está indicando desde el punto de vista ambiental, cuando los residuos tienen un desvío de destinación a otro sistema se puede evidenciar que el residuo está correctamente caracterizado, con adecuado cumplimiento de la normatividad vigente, y la mejora en la eficiencia del manejo integral de residuos, lo que genera para la E.S.E. Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, eficiencia en prácticas sostenibles a nivel Institucional.
4. El cumplimiento en dicho indicador, muestra cómo se está realizando el proceso de separación en la fuente, así como el adecuado acopio, recolección y manejo de los residuos altamente aprovechables que se generan en todos los procesos dentro de las diferentes áreas de la E.S.E. Hospital Santa Mónica de Dosquebradas.
5. El valor del indicador obtenido en la E.S.E. cantidad de residuos que no pudieron ser valorizados ni reciclados y, por tanto, fueron dispuestos de forma final en un sitio controlado, indica que la Entidad está valorizando más residuos (reciclaje, reutilización). En la práctica de las labores hospitalarias, se logra evidenciar una producción que va en aumento respecto a los residuos ordinarios hospitalarios, los cuales no presentan riesgos significativos para la salud humana o el medio ambiente y se generan en áreas no críticas de la E.S.E. Hospital Santa Mónica de Dosquebradas.

### **META**

2025 20% en el componente funcional asistencial

### **Indicador**

Funcional asistencial


Criterios cumplidos funcional asistencial / criterios totales funcional asistencial\*100%

### **Resultado**

**80%** = Resultado promedio del indicador

### **Descripción de la actividad**


El indicador muestra un comportamiento positivo, con una constante en las capacitaciones programadas en relación con las impartidas para dar conocimiento a los diferentes temas que abarcan las políticas ambientales dentro de la Institución,

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>

evidencian el crecimiento de la cultura del buen uso de los diferentes puntos ecológicos así como de la replicación de las buenas prácticas ambientales dentro de la E.S.E. Hospital Santa Mónica de Dosquebradas y de los centros de atención ambulatoria de Dosquebradas.

## AVANCE POR LINEA ESTRATEGICA

LINEA ESTRATEGICA	PROGRAMA	PORCENTAJE DE AVANCE
Santa Mónica social, participativa e incluyente	GESTION DE LA PARTICIPACION CIUDADANA	63%
	HUMANIZACION DEL SERVICIO	
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	
SANTA MÓNICA SALUDABLE	FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	68%
	FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA	
	RUTA DE VIGILANCIA DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA	
SANTA MÓNICA CUALIFICADA	FORMALIZACIÓN LABORAL	70%
	GESTION DEL TALENTO HUMANO	
	COMPETENCIAS DEL TALENTO HUMANO	
	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
SANTA MÓNICA AUTOSOSTENIBLE Y LEGAL	FINANCIERA	88%
	Fortalecimiento del proceso de adquisición de bienes y servicios	
SANTA MÓNICA COMPETITIVA	ACREDITACIÓN	79%
	Sello de la No Discriminación y Atención Inclusiva en Salud	
	Santa Mónica Planea y Mejora	
	Sistemas de Información Y Gestión Documental	
	TECNOLOGIA BIOMEDICA	
	INFRAESTRUCTURA	
	GESTION COMERCIAL	
	GESTION AMBIENTAL	
	PLAN DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	
<b>PROMEDIO</b>		<b>74%</b>

	<b>TÍTULO INFORME</b>		<b>CÓDIGO 02D202 – F04</b>
	<b>TIPO DOCUMENTO FORMATO</b>	<b>RESPONSABLE 02. GERENCIA</b>	<b>VERSIÓN 4.0</b>
			<b>FECHA VIGENCIA 11/12/2023</b>