



INFORME DE GESTIÓN 2025

“Sembrando futuro en salud”

**DR. JAIRO MAURICIO
SANTOYO GUTIÉRREZ**
GERENTE



ESE
Hospital
Regional de Duitama

•••••
“Sembrando futuro en salud”

PERFIL INSITUCIONAL

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA
ENTIDAD PÚBLICA DESCENTRALIZADA DE LA GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD – MEDIANA COMPLEJIDAD INTEGRAL CENTRO DE
REFERENCIA – SUB-RED 7 TUNDAMA

SEDES:

PRINCIPAL – DUITAMA

SEDE CONSULTA EXTERNA – DUITAMA

UNIDADES BÁSICAS DE ATENCIÓN:

SANTA ROSA DE VITERBO Y SATIVASUR



DESCRIPCIÓN ORGANIZACIONAL

Misión

Somos una institución que brinda atención en salud centrada en las personas, desde todos los niveles de complejidad a la población del Departamento de Boyacá y área de influencia, bajo los atributos de la calidad, destacada por la humanización y experiencia del usuario, el mejoramiento continuo, la responsabilidad social, la docencia y la investigación, con el propósito de satisfacer las necesidades de los usuarios y sus familias.

Visión

En el 2030 la ESE Hospital Regional de Duitama se consolidará como una institución acreditada, líder en la región por su alto desempeño a nivel científico y administrativo, posicionada como centro de referencia de servicios de salud con estándares superiores.

¿Quiénes Somos?

Somos la principal institución de la provincia del Tundama, la cual hace parte de la subred 7 y que cuenta con una población aproximada de 250.000 habitantes, posicionándonos, así como la segunda institución más importante del departamento.

Nos hemos constituido como centro de referencia de las entidades que conforman esta subred, gracias al trabajo articulado de nuestro talento humano y la calidad en la prestación de nuestros servicios.

Contamos con más de 21.000 mts cuadrados a su servicio 841 colaboradores 56 especialistas y subespecialistas disponibles para brindarle la mejor atención.

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL



EJE ESTRATÉGICO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	LINEA ESTRATÉGICA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS
EXCELENCIA CLÍNICA	Gestionar la prestación del servicio de salud integrado los atributos de la calidad como pilares de atención para lograr resultados clínicos superiores	Fortalecimiento de la prestación del servicio mediante el modelo de atención con sus respectivos pilares y programas clínicos, implementados, desplegados y evaluados a todo nivel de la organización, mejorando los resultados en salud	Modelo de Atención
			Equipos de Respuesta Rápida
			Estrategia de Ingreso Seguro
			Programa de Monitoreo Hospitalario - Torre de Control
			Programa de Adherencia de Guías de Práctica Clínica
			Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral
			Clínicas de Piel, Heridas y Ostomías
			Programa de Soporte Metabólico y Nutricional
Programa de Egreso Seguro Asistido			

<p>ATENCIÓN HUMANIZADA CENTRADA EN LAS PERSONAS</p>	<p>Gestionar la atención humanizada centrada en las personas para colaboradores, pacientes y su familia, mediante estrategias que permitan mejorar la experiencia del usuario</p>	<p>Fortalecimiento de la cultura y calidad del servicio que permita brindar atención centrada en las personas, gestión de experiencia del usuario y fidelización con la institución</p>	<p>Programa de Humanización y Experiencia del Usuario</p>
<p>SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DEL RIESGO</p>	<p>Gestionar la prestación del servicio mediante la implementación de buenas</p>	<p>Fortalecer el enfoque de prevención y gestión del riesgo, a través del aprendizaje organizacional e incorporación de mejores prácticas que favorezcan la cultura de seguridad</p>	<p>Seguridad del Paciente</p> <hr/> <p>Programa de Gestión del Riesgo, eje de riesgos clínicos y asistenciales en salud</p>

<p>GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA Y LA INFORMACIÓN</p>	<p>Gestionar programas y estrategias que permitan mejorar la seguridad en el uso de tecnologías y encaminar a la institución hacia la transformación digital y la renovación tecnológica</p>	<p>Modernización de la infraestructura tecnológica y fortalecimiento de las tecnologías de la información</p>	<p>Transformación Digital y Renovación de la tecnología informática</p> <hr/> <p>Modelo de seguridad y privacidad de la Información</p>
		<p>Gestionar las tecnologías durante su ciclo de vida para garantizar condiciones eficientes y seguras</p>	<p>Renovación Tecnología Biomédica</p> <hr/> <p>Programa de Gestión de la Tecnología</p>

MEJORAMIENTO CONTINUO	Direccionar el mejoramiento continuo de la entidad hacia estándares superiores de calidad y acreditación	Forjar la cultura de mejoramiento y excelencia a todo nivel de la organización	Sistema de gestión integral de la información de calidad
			Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud
			Programa de excelencia operacional y gestión por procesos

INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTES HUMANIZADOS	Gestionar la infraestructura hospitalaria mediante la transformación del ambiente físico que permita mejorar la experiencia del servicio	Mantenimiento y Transformación de la infraestructura hospitalaria	Proyectos para la ampliación de la capacidad Instalada hospitalaria
			Programa de mantenimiento hospitalario
			Estrategia de transformación hacia una infraestructura humanizada

RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL	Direccionar la organización hacia la implementación de estrategias responsables con el ambiente, la comunidad y los colaboradores que permitan aportar al desarrollo de la sociedad y la sostenibilidad	Fortalecimiento de la responsabilidad social empresarial	Programa de Donación de Órganos - Hospital Generador de Vida.
			Alianzas Estratégicas para la Responsabilidad Social

TRANSFORMACIÓN CULTURAL	Implementar estrategias que permitan generar modelos mentales compartidos encaminados en transformar la cultura de la organización hacia la excelencia.	Fortalecimiento de la cultura organizacional	Estrategia de Formación para el Liderazgo
			Estrategia de Gobernanza Compartida
			Programa de fortalecimiento del capital humano
			Plan institucional de comunicaciones

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	Implementar la política de gestión del conocimiento, investigación e innovación mediante estrategias que permitan contribuir al desarrollo y generación de valor a la institución y su entorno	Fomento de conocimiento, investigación e innovación	Programa de Gestión del Conocimiento, Investigación e Innovación
---	--	---	---

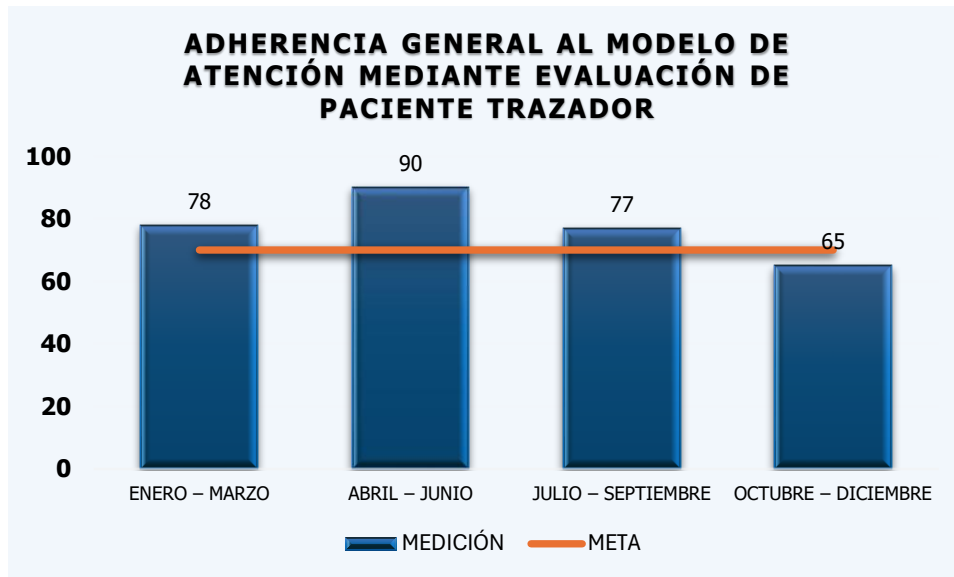
GESTIÓN ADMINISTRATIVA EFICIENTE	Gestionar los recursos por medio de procesos eficientes enfocados en mejorar la competitividad, solidez y sostenibilidad financiera.	Fortalecimiento de la gestión administrativa integral	Plan de mercadeo estratégico
			Programa de facturación eficiente
			Programa de recaudo efectivo
			Gestión presupuestal
			Programa de gestión de costos
			Programa de Gestión del Riesgo de Daño antijurídico
			Programa de gestión del riesgo SARLAFT Y SICOF

INFORME DE GESTIÓN Y MEDICIÓN DE INDICADORES

1. Excelencia clínica.

1.1 Modelo de atención:

1.1.1 Adherencia General al Modelo de Atención en evaluación de paciente trazador.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

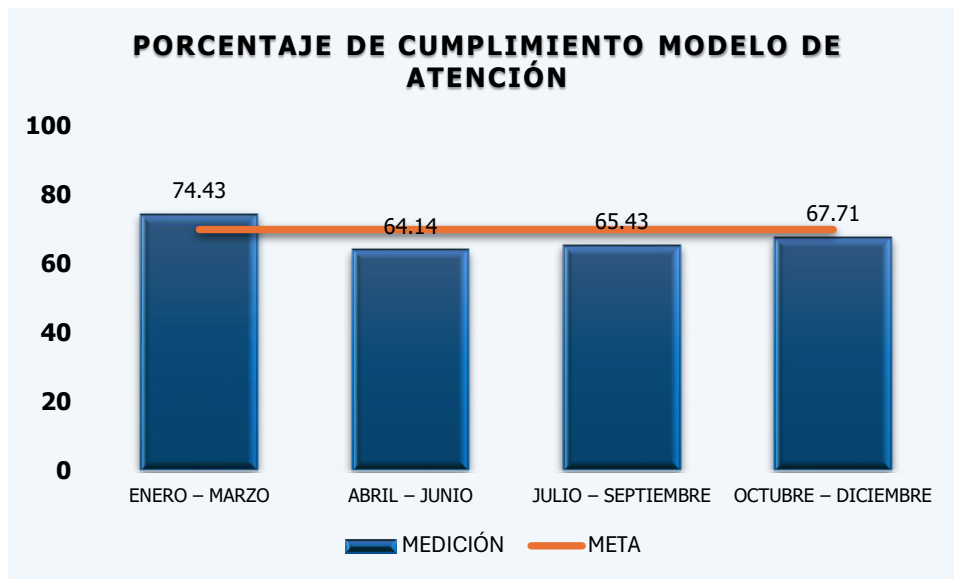
Durante la vigencia 2025 el comportamiento del indicador evidenció un desempeño variable a lo largo de los trimestres. En el primer trimestre se alcanzó un 78%, superando la meta establecida, lo que reflejó una adecuada aplicación de los criterios del modelo de atención en los servicios evaluados y la socialización oportuna de los hallazgos en los espacios institucionales. Para el segundo trimestre se presentó un incremento hasta el 90%, consolidando el cumplimiento y evidenciando fortalecimiento en procesos como hospitalización, laboratorio clínico, salas de cirugía y salas de parto.

En el tercer trimestre el resultado descendió a 77%, manteniéndose aún por encima de la meta, aunque se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con registro en historia clínica, adherencia a guías específicas y algunos componentes del proceso de egreso seguro. Estos hallazgos permitieron orientar acciones correctivas y reforzar la retroalimentación a los equipos asistenciales.

En el cuarto trimestre se registró un resultado de 65%, ubicándose por debajo de la meta institucional. Las principales brechas estuvieron asociadas a debilidades en la documentación del ingreso y egreso seguro en algunos servicios, así como aspectos de infraestructura y adherencia a guías clínicas priorizadas. Este comportamiento evidencia la necesidad de fortalecer el seguimiento continuo, la estandarización de registros y la cultura de calidad en el cierre del año.

En términos generales, el indicador muestra que la institución cuenta con capacidad técnica y operativa para alcanzar y superar la meta propuesta; no obstante, requiere mantener estrategias permanentes de auditoría, acompañamiento a los servicios y mejora en la trazabilidad documental para garantizar sostenibilidad en el cumplimiento del modelo de atención centrado en el paciente.

1.1.2 Porcentaje de cumplimiento modelo de atención en la institución.

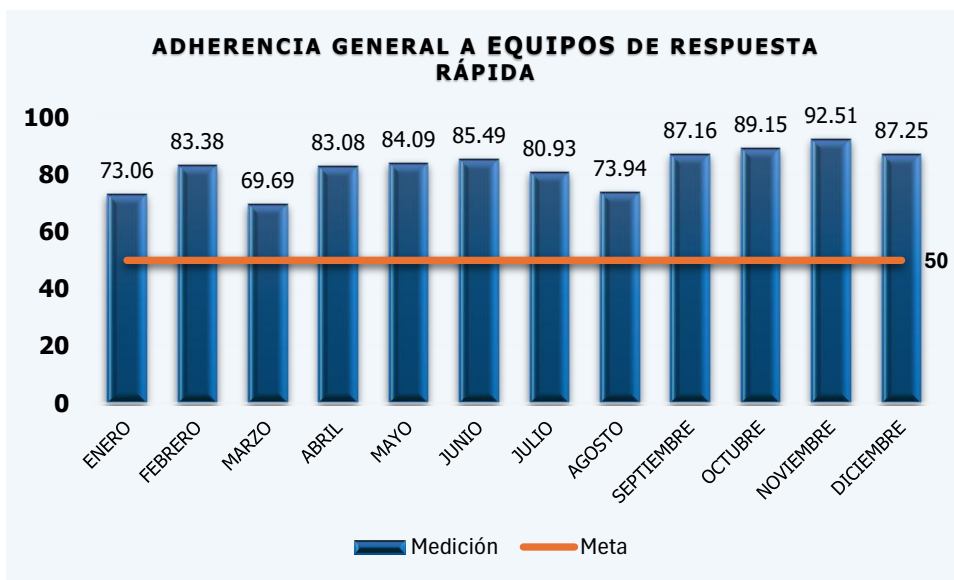


Fuente Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Para el 2025 la E.S.E Hospital Regional de Duitama emitió un total de 19 comunicados relacionados con alertas rojas por emergencia funcional, en los que se han declarado porcentajes de ocupación que superan, inclusive el 300% en áreas de hospitalización, atención del parto, Unidades de Cuidado Intensivo UCI, urgencias, observación adulto y observación pediátrica; afectando de manera significativa el pilar de la accesibilidad por demandas insatisfechas debido a la sobreocupación; en consecuencia los indicadores que miden los pilares del modelo de atención de la institución se ven afectados; por ejemplo, en salas de cirugía el indicador de días de estancia glosados por inoportunidad de realización de cirugía debido a las largas listas de espera por no convenios administrativos con EAPBS y demoras en la entrega de material de osteosíntesis por retrasos en los tramites que le corresponden directamente al pagador; la calidad en la prestación servicios que oferta la institución y el incremento de la demanda de atención, ha superado en varios trimestres la capacidad instalada de respuesta, teniendo en cuenta que no hay otro prestador de II nivel con servicios de alta complejidad que pueda atender las necesidades de la subred, impactando en el porcentaje global de cumplimiento del modelo de atención de manera puntual en los pilares de accesibilidad y oportunidad.

1.2 Equipos de Respuesta Rápida:

1.2.1 Adherencia General a equipos de respuesta rápida.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

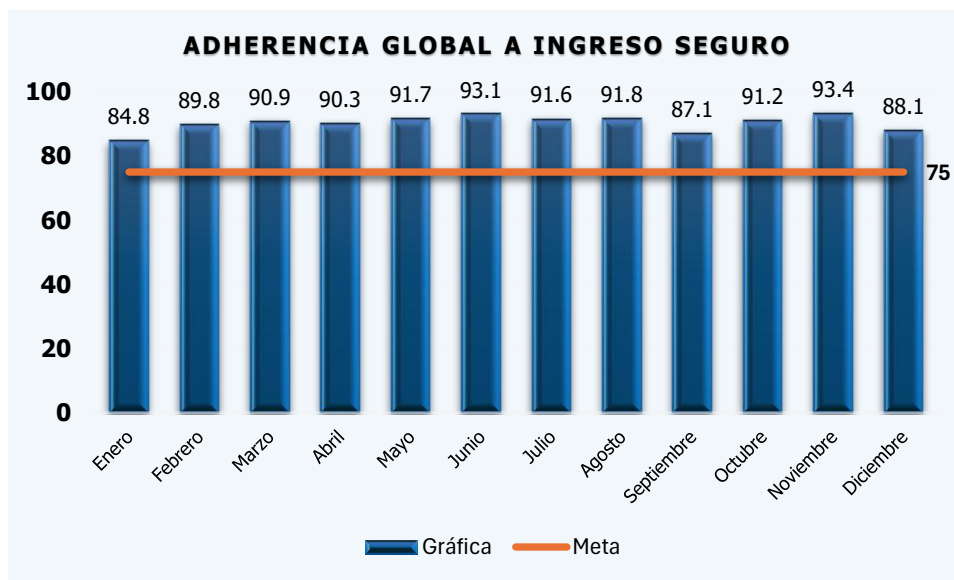
Durante el periodo evaluado, el indicador de adherencia a la activación de los Equipos de Respuesta Rápida evidenció un comportamiento estable con variaciones moderadas entre los meses analizados.

Se observa un mejor desempeño en julio (76,5%) y octubre (75,3%), mientras que los valores más bajos se registraron en noviembre (68,7%) y septiembre (69,9%). La tendencia general muestra estabilidad del proceso, con cumplimiento superior al 68% en todos los meses evaluados.

Las variaciones pueden estar relacionadas con factores operativos como carga asistencial, oportunidad en la activación del equipo y adherencia al diligenciamiento del formato institucional. Se recomienda fortalecer la estandarización del proceso para mantener niveles superiores al 75% de manera sostenida.

1.3 Estrategia de Ingreso seguro:

1.3.1 Adherencia global a ingreso seguro.

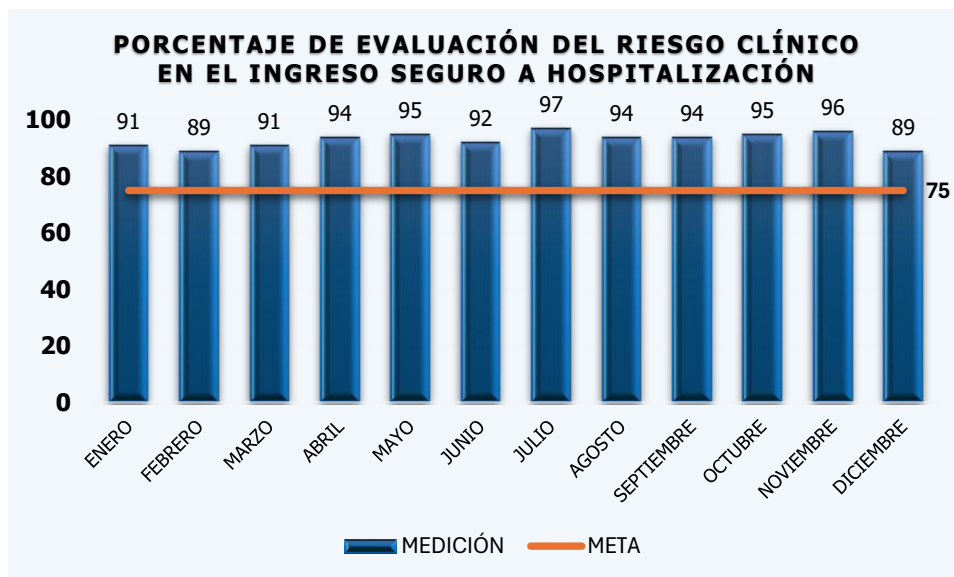


Fuente Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA:

Durante la vigencia 2025, el indicador **Adherencia global a ingreso seguro** evidenció un comportamiento estable y sostenido por encima de la meta establecida del 75%, con resultados mensuales que oscilaron entre 84,84% y 93,42%. Se observa un cumplimiento permanente durante todo el año, destacándose los meses de junio y noviembre con los porcentajes más altos, lo que refleja una adecuada implementación y seguimiento de los componentes evaluados: realización del ingreso seguro en hospitalización, adherencia al procedimiento en hospitalización y cumplimiento en UCI por enfermería y medicina.

La medición demuestra consolidación del proceso institucional, con mejoras progresivas en la estandarización del ingreso seguro y en la articulación entre los servicios asistenciales. La estabilidad del resultado anual confirma que el procedimiento se encuentra interiorizado en la práctica clínica, contribuyendo al fortalecimiento de la seguridad del paciente y al cumplimiento de los lineamientos del modelo de atención institucional.

1.3.2 Porcentaje de evaluación del riesgo clínico en el ingreso seguro a Hospitalización



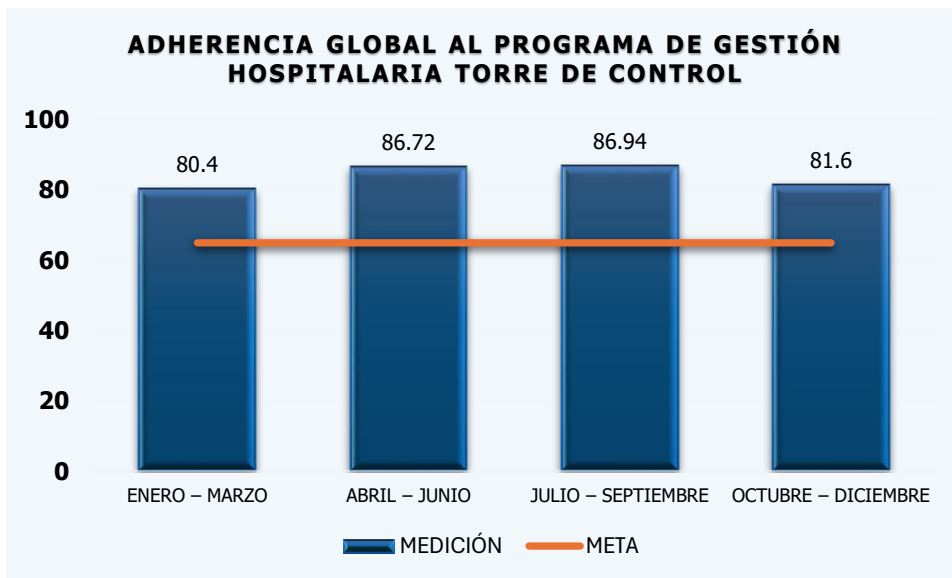
Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Durante la vigencia 2025, el indicador presentó un desempeño sobresaliente, manteniéndose de forma sostenida por encima de la meta establecida del 75%. Los resultados mensuales oscilaron entre 89% y 97%, evidenciando una adecuada aplicación del proceso de estratificación del riesgo clínico conforme al modelo de atención institucional.

El comportamiento del indicador refleja la apropiación del procedimiento por parte de los equipos asistenciales, garantizando que los pacientes ingresen con una valoración integral del riesgo que permite anticipar complicaciones, fortalecer la toma de decisiones clínicas y mejorar la seguridad del paciente. La estabilidad y consistencia en los resultados durante todo el año demuestran madurez en la implementación del ingreso seguro y consolidación del componente de evaluación clínica como práctica habitual dentro del proceso hospitalario.

1.4 Programa de monitoreo hospitalario - Torre de Control:

1.4.1 Adherencia global al programa de gestión hospitalaria Torre de Control.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Durante el año 2025, el programa Torre de Control alcanzó un promedio de adherencia global cercano al 86.9%, consolidando una tendencia ascendente desde el primer trimestre hasta diciembre. Este desempeño refleja una madurez operativa institucional, donde la mejora continua se sustenta en la cultura organizacional y no únicamente en intervenciones puntuales, factores Clave de éxito:

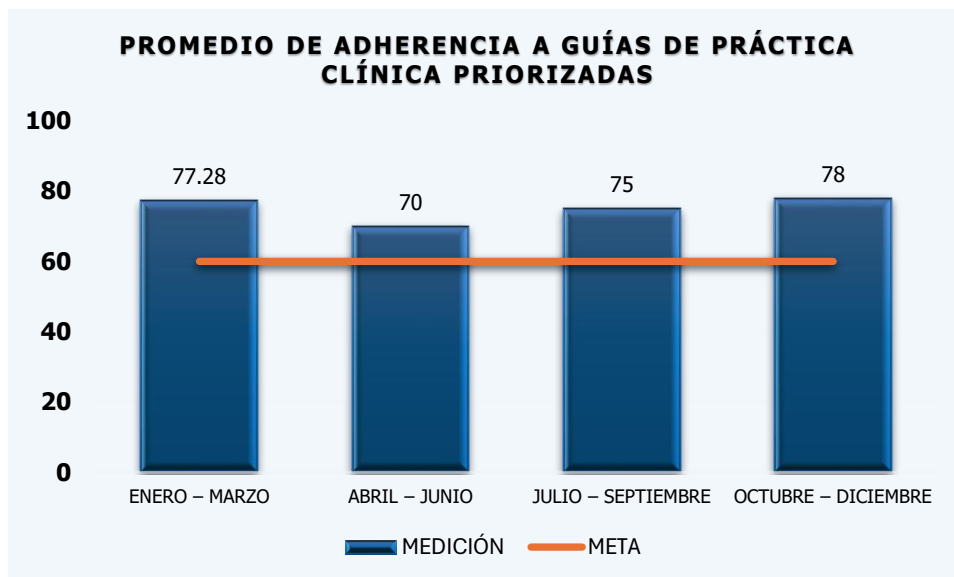
- Socialización estratégica del subproceso
La inclusión de Torre de Control en el plan de inducción institucional permitió que todos los integrantes del hospital comprendieran su importancia y se alinearan con los objetivos de gestión.
- Participación activa y transversal
El compromiso de las diferentes áreas garantizó una adherencia homogénea, fortaleciendo la gobernanza compartida y la cohesión operativa.
- Briefing y acompañamiento diario
Las rondas hospitalarias y los espacios de retroalimentación inmediata reforzaron la adherencia en el cumplimiento global de actividades, generando mejora en la oportunidad asistencia y administrativa.
- Capacitación continuada
El programa formativo implementó estrategias que mejoraron la oportunidad administrativa y la eficiencia en el cumplimiento de cada uno de los indicadores, con un efecto acumulativo positivo trimestre tras trimestre.

Impacto Institucional

- Cultura de mejora continua: La adherencia dejó de depender de acciones aisladas y pasó a ser parte del proceso organizacional, torre de control ahora trabaja más en campo.
- Estandarización de procesos: La homogeneidad en el desempeño entre colaboradores nuevos y antiguos favoreció la integración y la estabilidad operativa.
- Credibilidad institucional: El programa se posicionó como un mecanismo confiable de gestión integrada, fortaleciendo la imagen del hospital frente a sus clientes internos y externos.

1.5 Programa de adherencia a guías de práctica clínica:

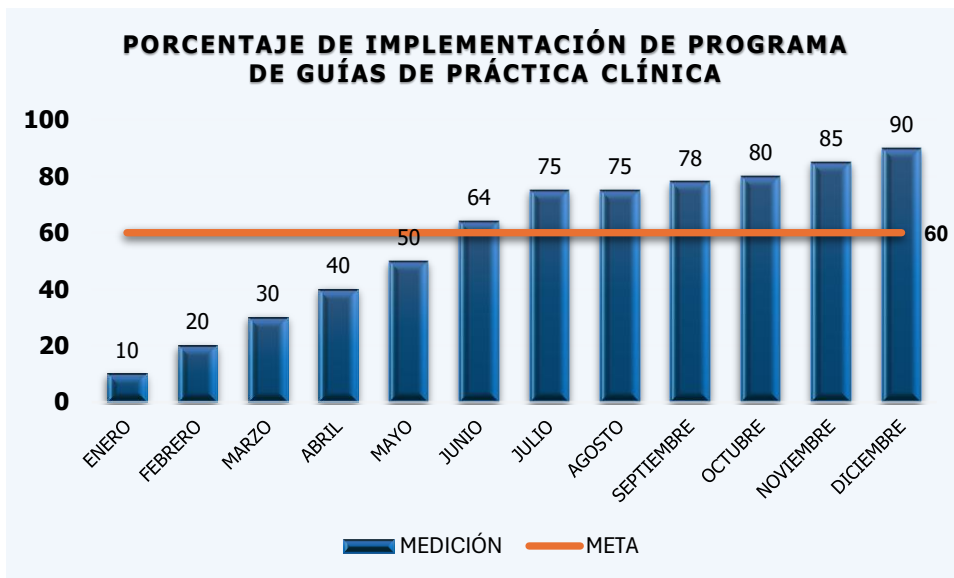
1.5.1 Promedio de Adherencia a Guías de Práctica Clínica priorizadas.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El porcentaje de adherencia a guías de práctica clínica priorizadas para la vigencia 2025 fue del 72 % superando la meta proyectada del 60% y con una disminución del cumplimiento del 6% con respecto al año 2024 sin embargo la medición para 2025 contempló la evaluación de la totalidad de las guías priorizadas las cuales no se tenían para el año anterior, el Hospital Regional de Duitama cuenta con 10 guías de práctica clínica priorizadas acorde a perfil de morbilidad institucional estas corresponden a patologías como Dolor abdominal, Apendicitis aguda, Neumonía Bacteriana en adultos, Neumonía y Bronquiolitis en menores de 5 años, Infección de tracto Urinario, trastorno hipertensivo asociados al embarazo, Atención del parto, detección y manejo de la hemorragia postparto, síndrome coronario agudo sin elevación del st, atención código sepsis de las cuales se consolida un promedio trimestral de adherencia entre 60 a 80% cabe resaltar los buenos resultados de la patologías correspondientes al servicio de ginecología y obstetricia, y los que se deben mejorar en patologías de servicios de cirugía general y medicina Interna.

1.5.2 Porcentaje de implementación de programa de guías de práctica clínica.

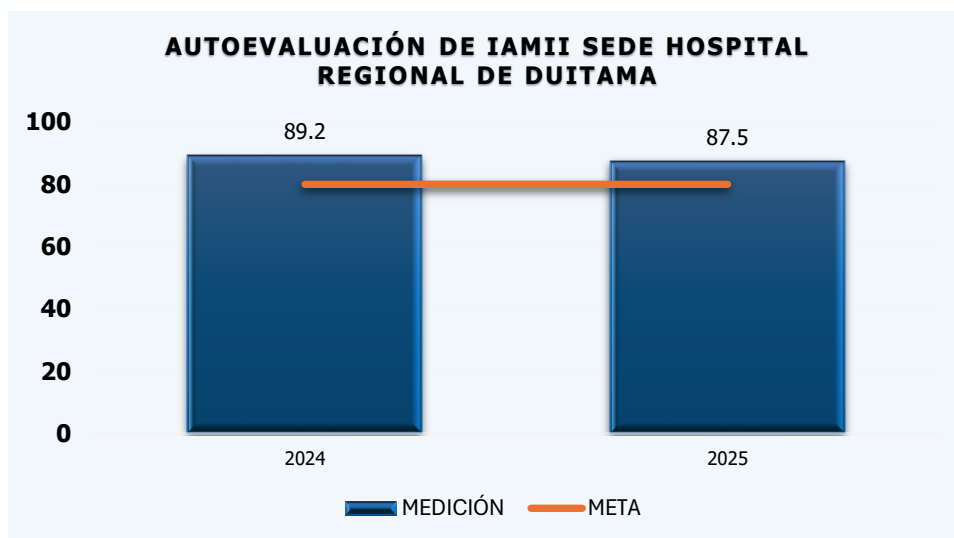


Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El porcentaje de implementación del programa de Guías de Práctica clínica fue del 90% con corte a diciembre de 2025 se logra superar la meta proyectada de 60% , se evidencia mejoría del 13% en comparación con la vigencia 2024 además una tendencia positiva desde el mes de agosto 2025 en el cual se reorganizó el plan de trabajo de adopción de guías desarrollando las contempladas por cronograma y adicionalmente las que surgieron por requerimientos de habilitación en el servicio de consulta externa , el total de las guías adoptadas para el 2025 fue de 17 guías de práctica clínica con enfoque en servicio de consulta externa y en programas de patologías de origen oncológico , se dio cumplimiento además al proceso de implementación con socialización de las mismas en equipos primarios de medicina soportados a través de POA de las adoptadas así como las de las guías priorizadas en las que se requiere evaluación periódica y conforme a resultados intervención de las misma mediante retroalimentación , evaluación y socialización de infografías.

1.6 Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral:

1.6.1 Autoevaluación de IAMII sede Hospital Regional de Duitama.

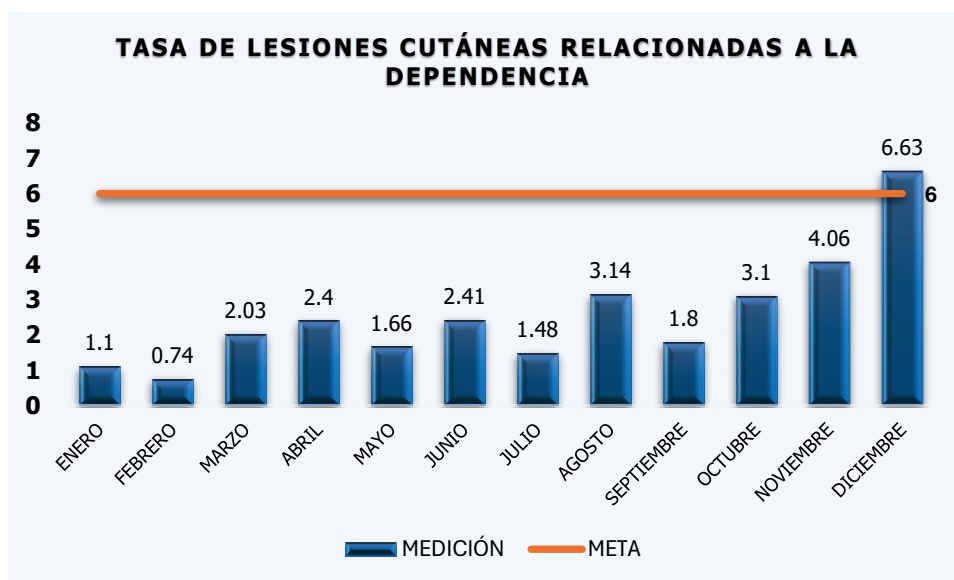


Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

La autoevaluación de IAMII Hospital Regional de Duitama cerró con 87,5%, teniendo en cuenta los 10 pasos de la estrategia fueron identificados y desarrollados en su totalidad, donde se realizan algunos ajustes y se toman acciones de mejora para brindar un excelente servicio a las usuarias gestantes y el recién nacido, el desarrollo de estas nos permite continuar como líderes de la estrategia de IAMII y que la atención brindada a esta población cumpla con las expectativas y los lineamientos correspondientes.

1.7 Clínicas de piel, heridas y Ostromías:

1.7.1 Tasa de lesiones cutáneas relacionadas a la dependencia.



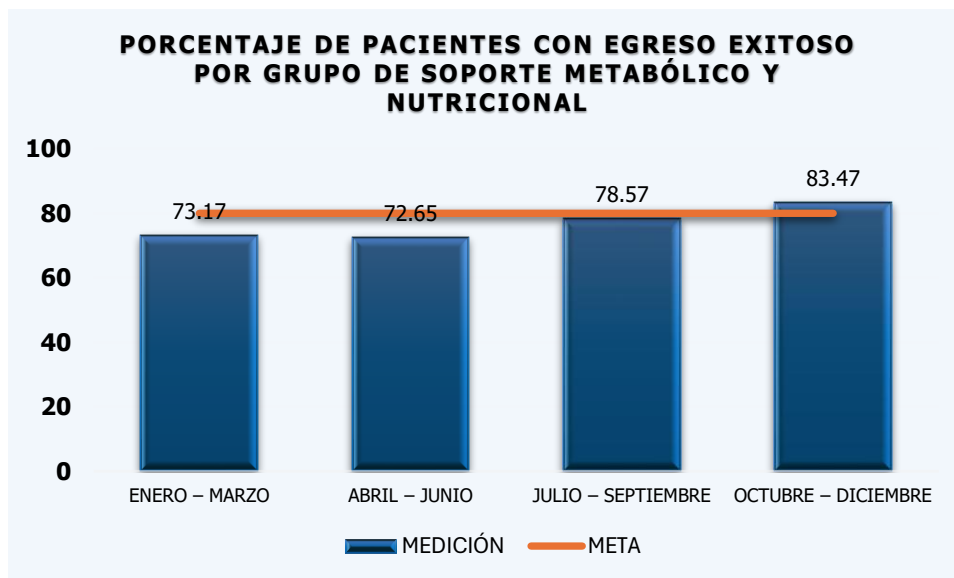
Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Durante el año 2025 se registraron eventos adversos asociados a lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD) de manera continua en todos los meses del año, evidenciando variabilidad en el número de casos y un incremento significativo hacia el último trimestre con un total de 152 lesiones cutáneas.

Donde los factores contribuyentes se recurrentes a lo largo del año fueron:

- Estancias prolongadas.
- Inestabilidad hemodinámica.
- Múltiples procedimientos invasivos.
- Uso continuo de dispositivos.
- Pronación.
- Fracturas con uso tracción cutánea.
- Humedad persistente por incontinencia o diarrea.
- Déficits nutricionales.
- Debilidad en la adherencia al protocolo institucional.

1.8.1 Porcentaje de pacientes con egreso exitoso por grupo de soporte metabólico y nutricional.

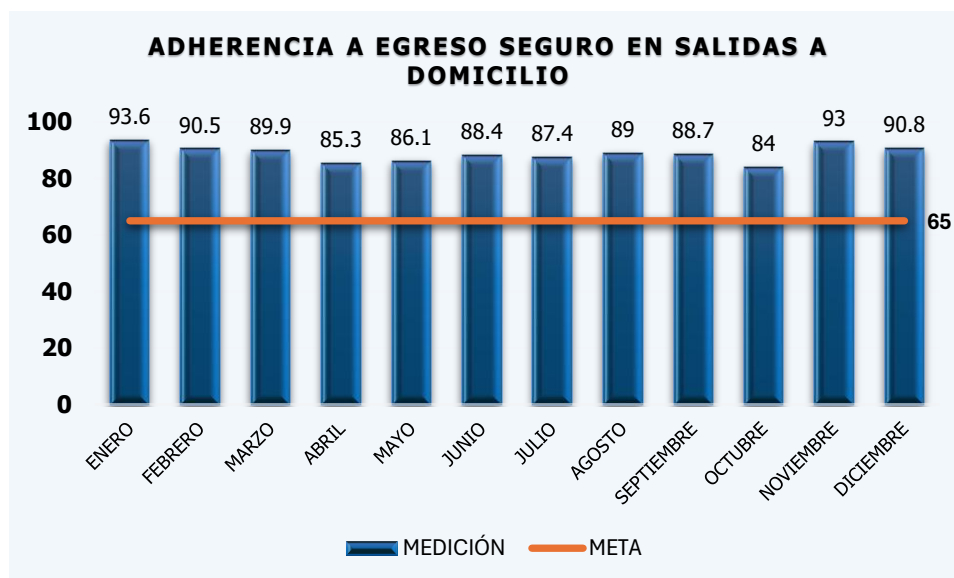


Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Se considera egreso exitoso del paciente, cuando el grupo de soporte metabólico y nutricional logra reinstaurar la vía oral o se le define una vía de alimentación definitiva, por la cual puede mantener sus requerimientos calóricos y proteicos en el hogar o centro de remisión. Durante este trimestre se logró establecer una vía de alimentación definitiva en el 83.47% de los pacientes valorados, en su mayoría se instauró nuevamente la vía oral, sin embargo, unos de los pacientes se fueron con gastrostomía al hogar. Por el contrario, en un 16.53% de los pacientes no se logró el egreso exitoso ya que algunos de ellos fallecieron por complicaciones de sus diagnósticos y 1 fue código lila.

1.9 Programa de Egreso Seguro Asistido

1.9.1 Adherencia a egreso seguro en salidas a domicilio



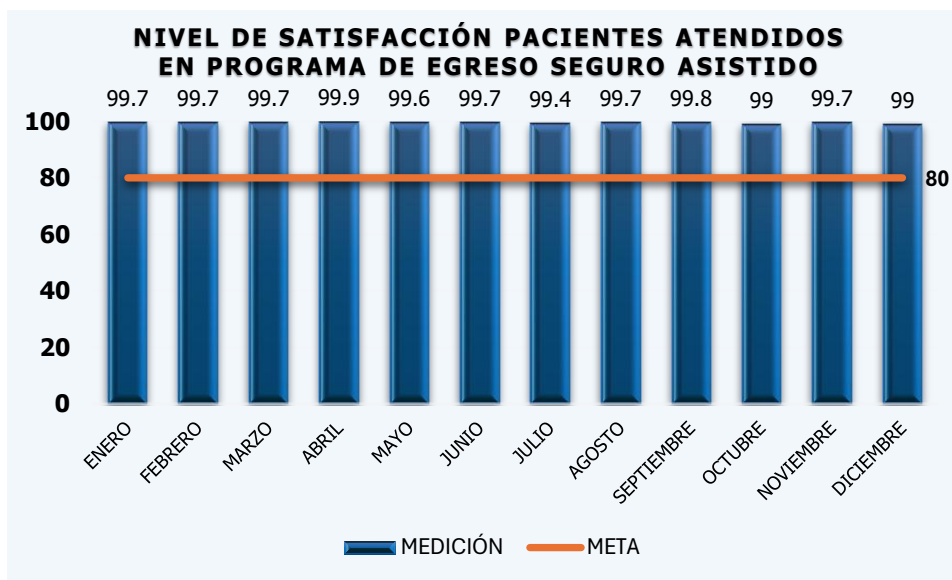
Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Durante la vigencia 2025, el indicador de adherencia al procedimiento de egreso seguro en salidas a domicilio se ha mantenido por encima de la meta institucional establecida (65%), evidenciando un comportamiento favorable. Para el mes de abril se reporta un cumplimiento del 85,30%, reflejando una adecuada implementación del procedimiento por parte de los equipos asistenciales.

No obstante, en el análisis cualitativo continúan identificándose oportunidades de mejora relacionadas principalmente con el registro completo del manejo farmacológico al egreso, la justificación de incapacidades en la historia clínica y la verificación de entrega de soportes como órdenes de seguimiento y reportes de ayudas diagnósticas realizadas durante la hospitalización.

En comparación con las debilidades identificadas en la vigencia anterior, se evidencia fortalecimiento en la cultura de egreso seguro; sin embargo, se requiere continuar con procesos de auditoría concurrente, retroalimentación a los servicios y seguimiento al diligenciamiento integral de los documentos de salida, con el fin de consolidar la adherencia y garantizar la continuidad del cuidado en el primer nivel de atención.

1.9.2 Nivel de satisfacción en pacientes atendidos en programa de egreso seguro asistido



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Durante la vigencia 2025 el indicador se mantuvo consistentemente por encima del 99% mensual, superando ampliamente la meta institucional del 80%.

Los resultados evidencian un desempeño sobresaliente del programa, con promedios mensuales entre 99,0% y 99,9%, reflejando una percepción altamente positiva por parte de los pacientes atendidos.

El análisis mensual muestra:

- Alto volumen de pacientes atendidos cada mes.
- Elevada tasa de respuesta a las encuestas de satisfacción.
- Predominio de calificaciones máximas (9 y 10 sobre 10).
- Ausencia de reportes significativos de insatisfacción.
- Observaciones puntuales asociadas principalmente a factores de infraestructura o percepción del tiempo de espera, sin relación directa con la calidad técnica ni humana del equipo.

El resultado confirma:

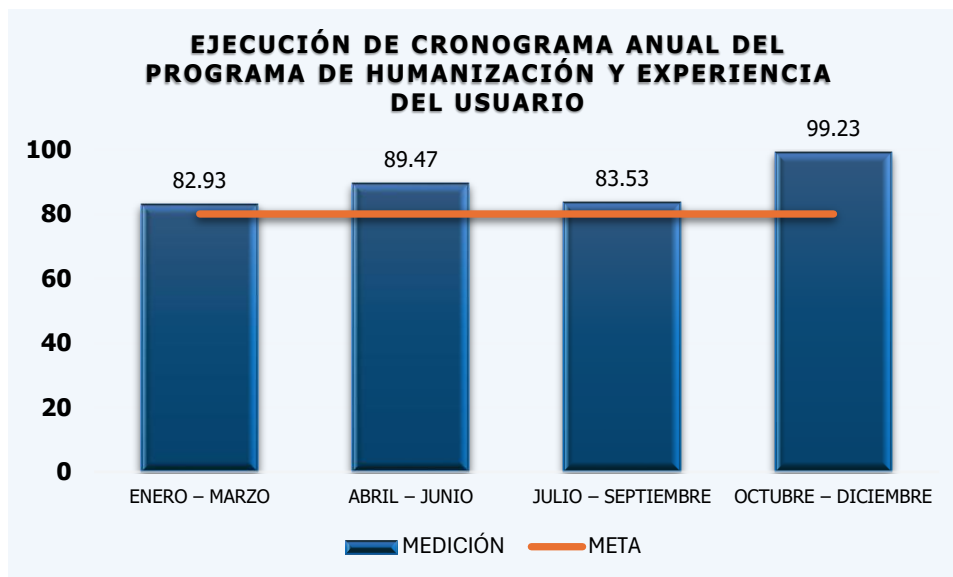
- Alta humanización del cuidado.
- Comunicación clara y acompañamiento efectivo en el proceso de egreso.
- Compromiso del equipo interdisciplinario (médico, enfermería y auxiliar).
- Consolidación del programa como una estrategia clave en la experiencia del paciente.

En conclusión, el Programa de Egreso Seguro Asistido mantiene un nivel de satisfacción sobresaliente, evidenciando cumplimiento sostenido del estándar institucional y fortaleciendo la percepción de calidad, seguridad y humanización en la atención brindada por el Hospital Regional de Duitama.

2. Atención Humanizada Centrada en Personas.

2.1 Programa de Humanización y Experiencia del Usuario:

2.1.1 Ejecución de cronograma anual del programa.

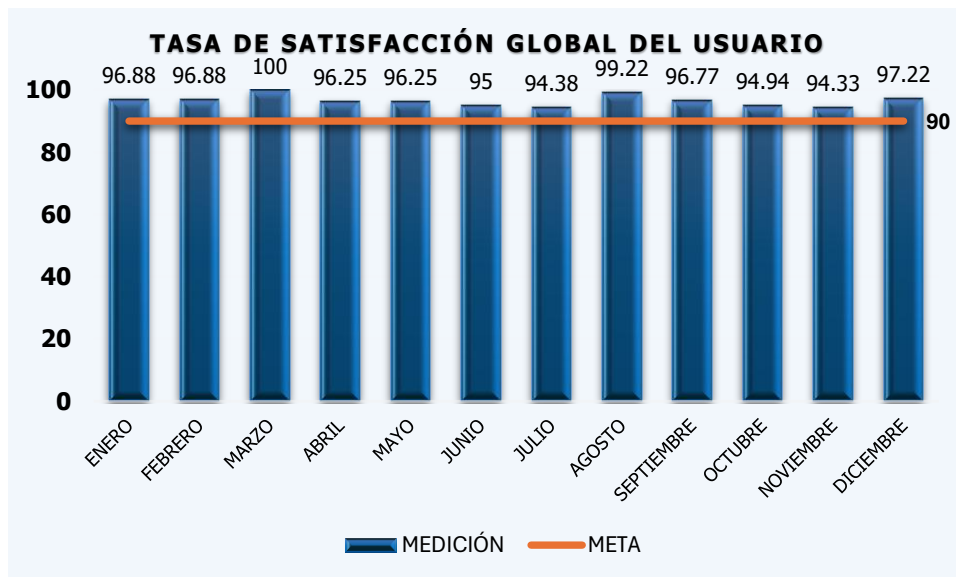


Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Para el periodo del 2025 se da un cierre del cronograma con un 99.23%. Las actividades planteadas fueron desarrolladas casi en su totalidad y a satisfacción con el fin de brindar un mejor servicio a usuarios, familiares y colaboradores, estas abarcaban videos institucionales, actividades para población de todas las edades y jornadas lúdicas y espirituales para los colaboradores de la institución, se desarrollaron con una periodicidad continua permitiendo un ambiente de estadia y trabajo ameno para toda la población todas enfocadas en nuestro programa de Humanización Servir es Amar.



2.1.2 Tasa de satisfacción global del usuario.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

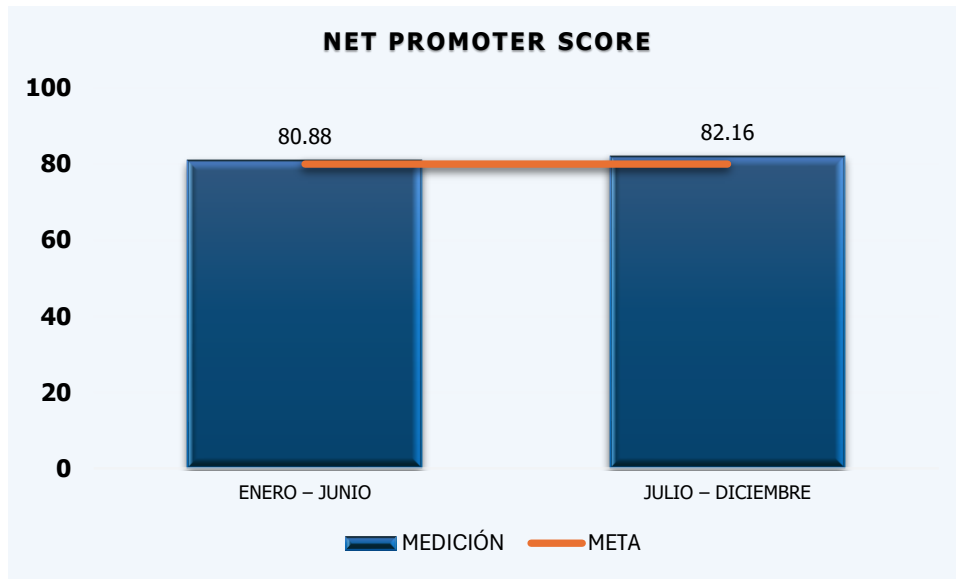
La Tasa de Satisfacción Global del Usuario mide la percepción general de los usuarios frente a la calidad del servicio recibido en la institución. Este indicador permite evaluar la experiencia del usuario, la humanización en la atención y la eficiencia en los procesos asistenciales y administrativos. La satisfacción global de la ESE Hospital Regional de Duitama se mantuvo en niveles altos durante todo el año, siempre por encima del 94%, El promedio anual aproximado es de 96,5%, lo que refleja una percepción favorable del servicio por parte de los usuarios.

Para concluir podemos decir que el desempeño fue alto, sostenido, favorable, estable y con altos niveles de aceptación, evidenciando compromiso con la calidad en la prestación del servicio. La Sede Santa Rosa de Viterbo cerró la vigencia 2025 con un desempeño sobresaliente en la satisfacción global del usuario, superando la meta institucional en la mayoría del año y alcanzando niveles máximos de satisfacción durante varios meses.

El comportamiento del indicador evidencia compromiso institucional, efectividad en la gestión, consolidación de una cultura orientada a la calidad y al usuario. Se cerró el 2025 con un resultado del 100% en los últimos dos meses.

Para la Sede de Sativasur presentó un desempeño sobresaliente y altamente estable, alcanzando un nivel de satisfacción del 100% en 11 de los 12 meses del año. El único mes con variación fue mayo, con un resultado de 96,88%, el cual igualmente supera la meta institucional establecida, Se puede observar estabilidad sostenida durante todo el año con estándares altos de calidad y humanización en la atención.

2.1.3 Net Promotor Score.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El Net Promoter Score (NPS) mide el nivel de satisfacción institucional por parte de los colaboradores, se evidencia un incremento significativo de 12,26 puntos porcentuales entre 2024 y el primer semestre de 2025, y una mejora adicional en el segundo semestre. La tendencia 2025 muestra crecimiento progresivo y sostenido.

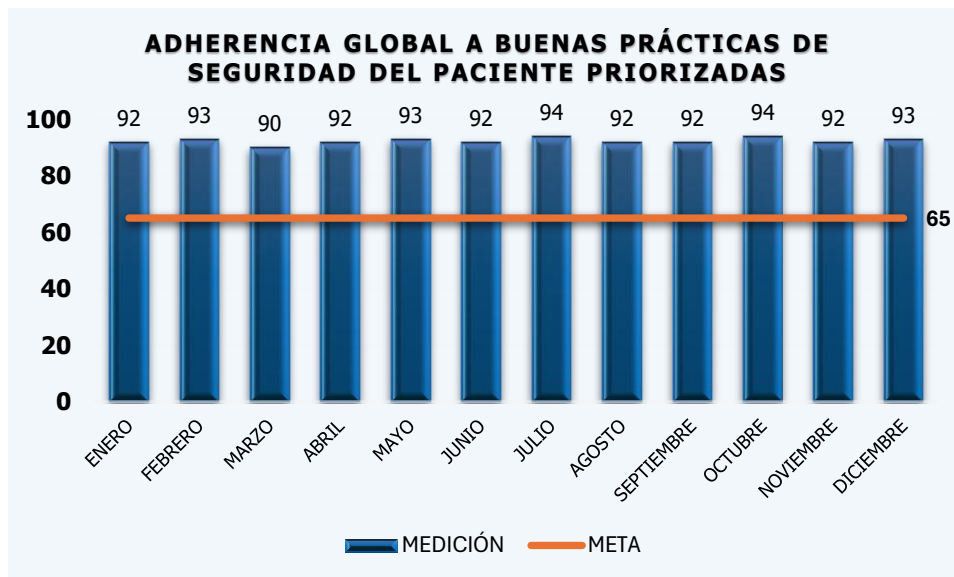
El medidor de satisfacción de colaboradores presenta una mejora significativa y sostenida en 2025, alcanzando niveles de excelencia (82,16%), lo cual evidencia una gestión efectiva en humanización y experiencia del talento humano.

El resultado posiciona a la institución con un clima organizacional fortalecido y alto sentido de pertenencia, constituyéndose en un activo estratégico para la calidad del servicio.

3. Seguridad de Paciente y Gestión del Riesgo.

3.1 Programa de Seguridad del Paciente:

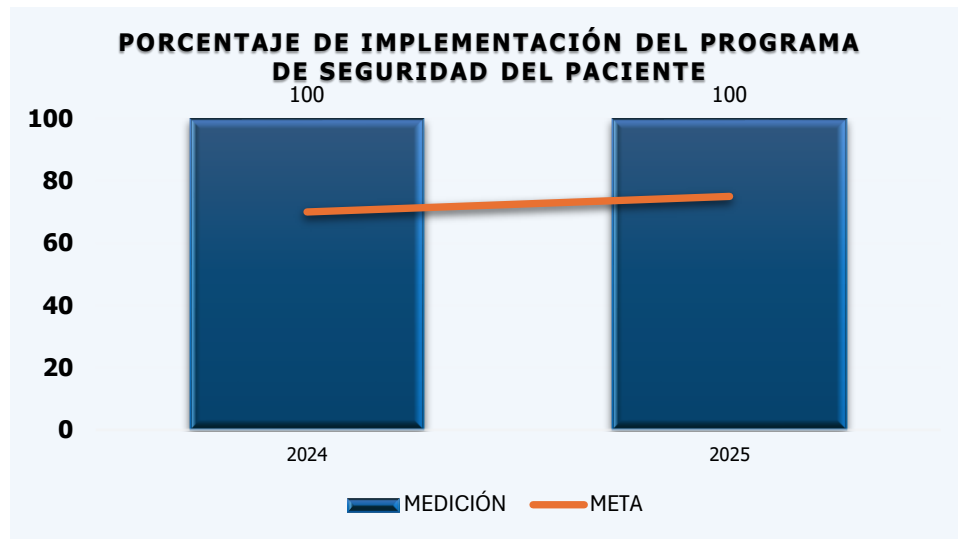
3.1.1 Adherencia Global a buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

La adherencia global institucional para las buenas prácticas de seguridad del paciente se mantuvo para el año 2025 en su gran mayoría en nivel óptimo de cumplimiento y adherencia. La institución tiene implementadas las buenas prácticas de seguridad con el fin de prevenir y mitigar los riesgos y daños que se pueden presentar durante el ciclo de atención de nuestros usuarios y garantizar estándares de cuidado asistencial de alta calidad. Con la implementación de las buenas prácticas se busca garantizar entornos seguros para el paciente, su familia y los profesionales de la salud que intervienen en el proceso de atención.

3.1.2 Porcentaje de Implementación del programa de seguridad del paciente.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Durante la vigencia 2025, el Programa de Seguridad del Paciente alcanzó un cumplimiento del 100%, en coherencia con las tres líneas estratégicas definidas para su implementación, evidenciando una gestión estructurada, continua y alineada con la política institucional de seguridad del paciente.

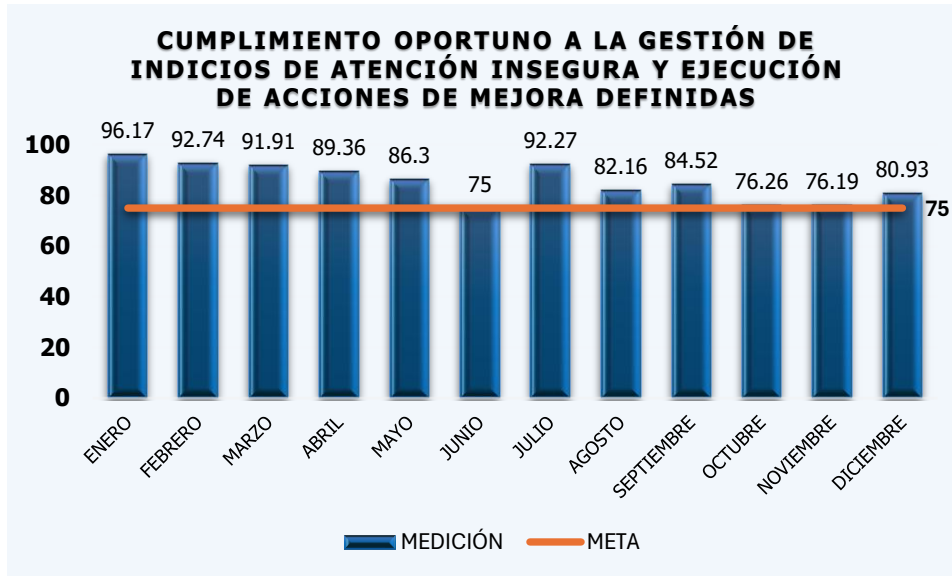
En la Línea 1 – Fomento de la Cultura Justa de Seguridad del Paciente, se fortalecieron acciones orientadas a consolidar un entorno no punitivo que promueve el reporte oportuno de sucesos de seguridad y el análisis bajo principios de equidad y aprendizaje organizacional. Se aplicó la Encuesta de Clima y Cultura de Seguridad del Paciente 2025, con la participación de 654 trabajadores, equivalente al 65% del personal vinculado, lo que permitió identificar oportunidades de mejora enfocadas en el fortalecimiento del liderazgo en los análisis de eventos, la promoción de espacios seguros de diálogo en los equipos primarios, el refuerzo de la comunicación efectiva entre los equipos asistenciales y la vinculación activa del usuario y su familia en la gestión de su propia seguridad. Asimismo, se impulsó la formación de gestores y referentes de seguridad en los servicios y se participó en ejercicios de paciente trazador, evaluando la adherencia a las buenas prácticas institucionales.

En la Línea 2 – Gestión en Seguridad del Paciente, se garantizó el seguimiento permanente al módulo de seguridad del paciente articulado a la plataforma ALMERA, asegurando la identificación, registro, análisis y gestión oportuna de los indicios de atención insegura. Se fortalecieron las competencias de líderes y coordinadores mediante capacitación continua en la metodología del Protocolo de Londres, promoviendo análisis estructurados y acciones de mejora efectivas. Las vías institucionales de reporte se mantienen activas y ampliamente divulgadas, facilitando la participación tanto del personal asistencial como administrativo en la notificación de eventos.

En la Línea 3 – Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente, la institución continuó la implementación y seguimiento a la guía técnica de buenas prácticas, orientada a prevenir y mitigar riesgos durante el ciclo de atención. El equipo base del programa realizó verificación periódica de la adherencia en los diferentes servicios y sedes, complementada con actividades de capacitación y retroalimentación dirigidas al cliente interno y externo, consolidando entornos seguros y estándares de cuidado asistencial de alta calidad.

En conjunto, los resultados obtenidos reflejan un sistema de seguridad del paciente fortalecido, con enfoque preventivo, cultura de aprendizaje y mejora continua, garantizando la protección de la salud y la seguridad de los usuarios.

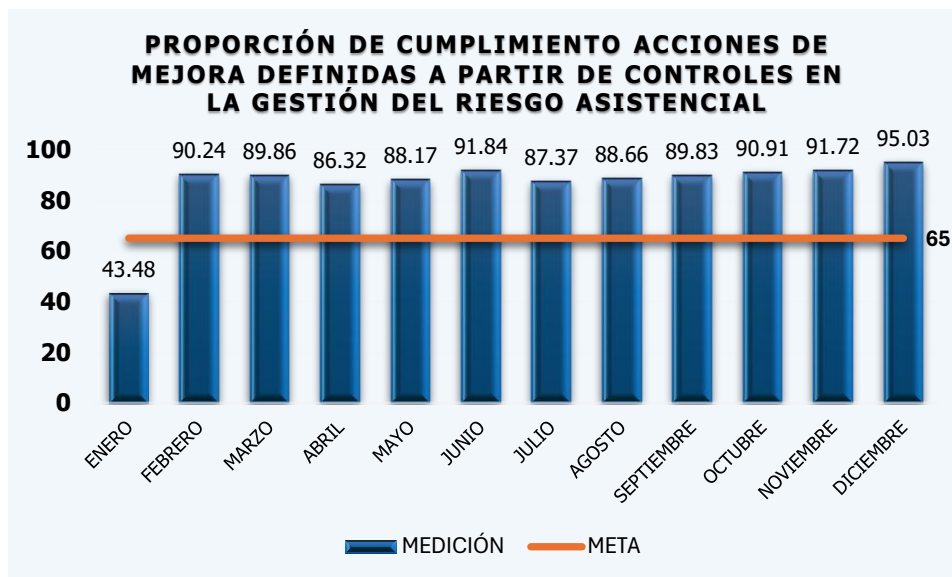
3.1.3 Cumplimiento oportuno a la gestión de indicios de atención insegura y ejecución



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El porcentaje de cumplimiento tanto de la gestión de indicios de atención insegura como la ejecución de acciones de mejora definidas a partir de la ocurrencia ha sido óptimo. El programa de seguridad del paciente valida el seguimiento a la gestión del indicio dentro de las metas y tiempos definidos, así como la ejecución de las acciones de mejora definidas.

3.2.1 Proporción de cumplimiento acciones de mejora definidas a partir de controles en la gestión del riesgo asistencial:



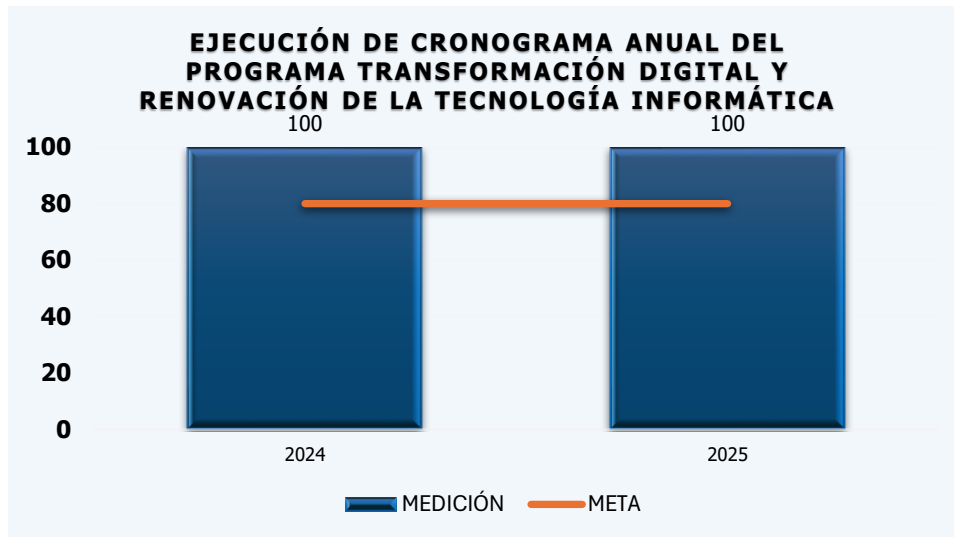
Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El cumplimiento a la fecha de acciones de mejora proyectadas a raíz de análisis y gestión de indicios de atención insegura se encuentra en un 93%. Se realiza seguimiento del presente indicador a través del comité de seguridad del paciente y se realiza notificación vía correo electrónico a los líderes y/ o coordinadores de servicio para subsanar las tareas pendientes y generadas en software ALMERA.

4. Gestión de las Tecnologías y la Información.

4.1 Transformación Digital y Renovación de la tecnología informática:

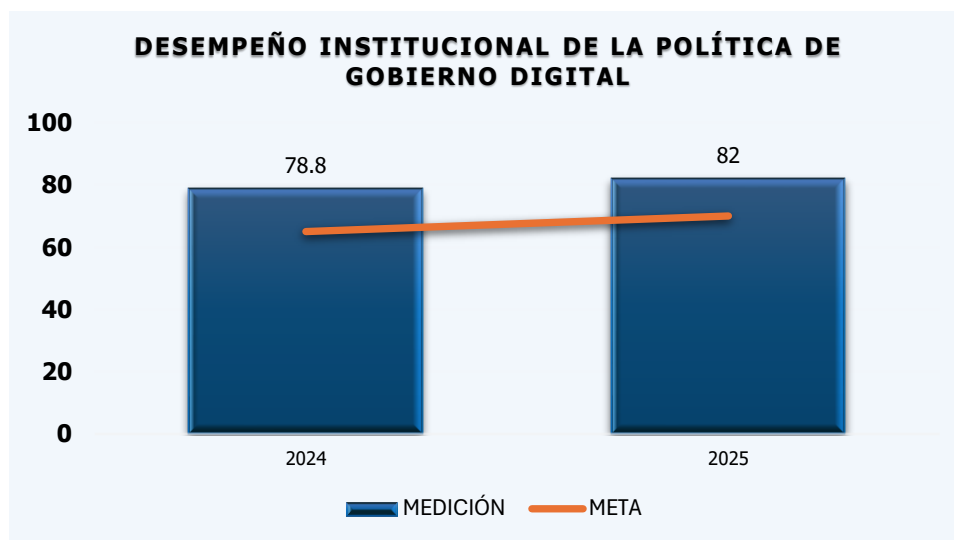
4.1.1 Ejecución de cronograma anual del programa:



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Para el año 2025 el cronograma de transformación digital y renovación de la tecnología informática desarrollo el total de sus actividades planteadas con un 100% de ejecución y teniendo las falencias encontradas durante el proceso como acciones de mejora para continuar con la prestación de un servicio tecnológico de calidad de acuerdo a las necesidades de la institución.

4.1.2 Desempeño Institucional de la política de gobierno digital



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Según el Informe de Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) - Tercer Cuatrimestre 2025 (publicado el 13 de enero de 2026) y la evaluación de Control Interno, el hospital reportó el cierre de las actividades programada.

Verificación de la Meta (>80%): Históricamente, cuando la HRD publica su Plan de Acción del año siguiente (Plan 2026 publicado el 31 de enero), implica que el cierre fiscal y operativo del año anterior cumplió los umbrales mínimos de ejecución presupuestal y física.

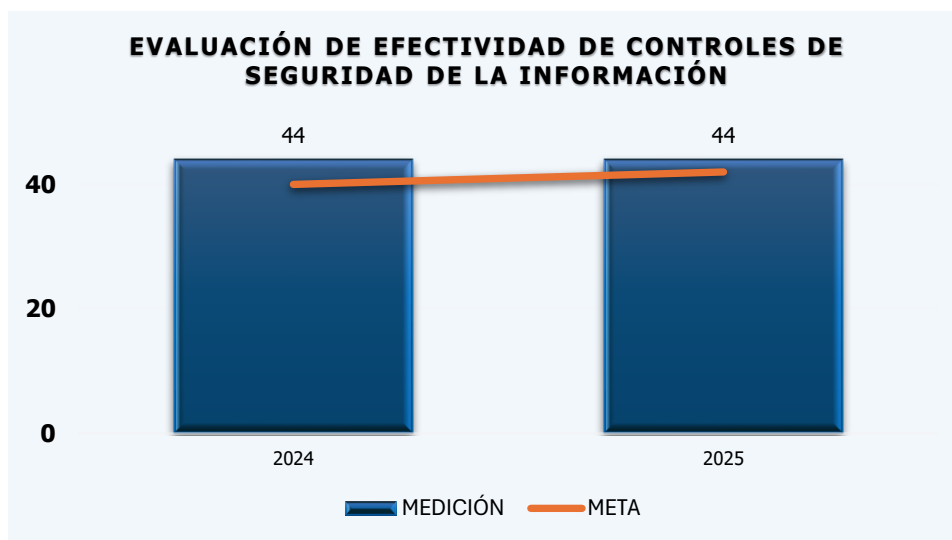
Componentes Ejecutados, la ejecución del 2025 se concentró en:

- Mantenimiento y renovación de hardware (según Plan de Compras).
- Fortalecimiento de la interoperabilidad de la Historia Clínica.

Soporte a la plataforma "SGI - ALMERA" y los sistemas de administración de tareas.

4.2 Modelo de seguridad y privacidad de la Información:

4.2.1 Evaluación de efectividad de controles de seguridad de la Información



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Para el cierre del 2025 el Hospital Regional de Duitama gestionó este indicador través del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad de la Información 2025.

- Estado de la Gestión: La entidad cumplió con la ejecución del ciclo de seguridad, evidenciado por la publicación del Informe de Seguimiento y Evaluación sobre la Gestión del Riesgo (Segundo Semestre 2025) el 31 de enero de 2026.
- Análisis de Efectividad: El hospital mantuvo activo el "Manual de Políticas de Seguridad y Privacidad", enfocándose en la mitigación de riesgos sobre la infraestructura crítica (Historia Clínica Electrónica).

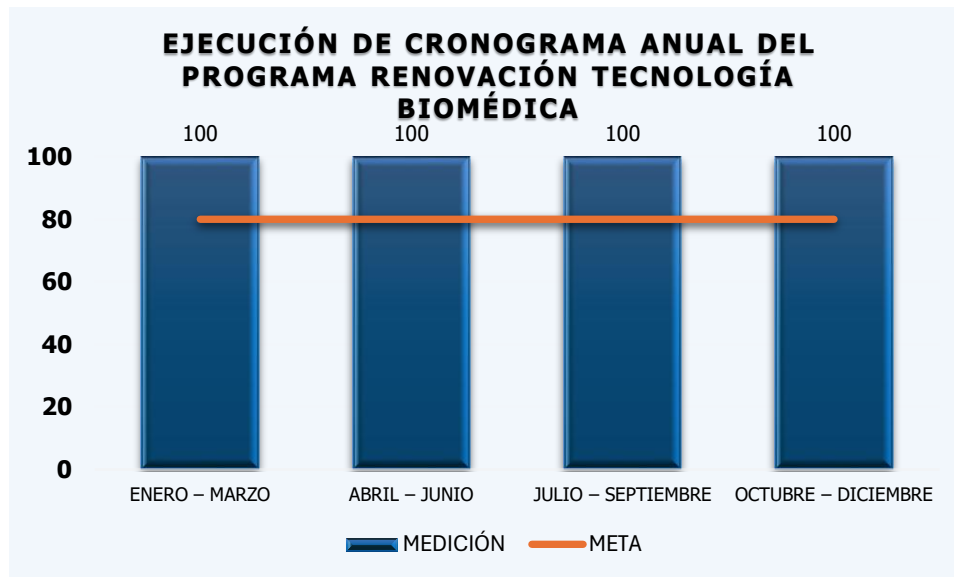
La efectividad se mide no solo por la ausencia de incidentes críticos, sino por el cumplimiento del Plan de Tratamiento de Riesgos. Al haber publicado los informes de seguimiento semestrales a tiempo, la entidad demuestra una madurez en el control (nivel "Gestionado" según MIPG).

Punto Clave: El reporte de Evaluación Independiente de Control Interno (2do Semestre 2025) valida si los controles residuales fueron suficientes. Si no se reportaron materializaciones masivas de riesgos, la efectividad se considera alta/satisfactoria.

Resultado 2025: El indicador muestra una alta efectividad en la mitigación, con una implementación de controles del 92%.

4.3 Renovación Tecnología Biomédica:

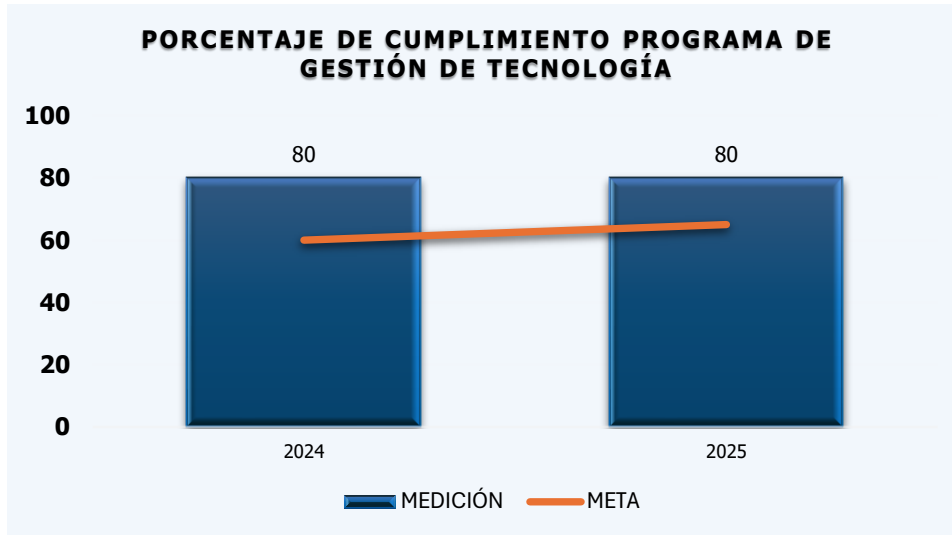
4.3.1 Ejecución de cronograma anual del programa.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

En porcentaje de renovación tecnología se incorporó un 80% de las necesidades proyectadas por cada uno de los servicios, teniendo en cuenta que la institución presentó apertura de servicios y áreas de expansión por sobre ocupación surgió la necesidad de comprar dotación biomédica y mobiliario asistencial para poder suplir las necesidades de la atención segura, también se presentó y fue asignado recursos del ministerio de salud para compra de 1 ambulancia medicalizada, se presentó matriz de dotación requerida para el servicio de salas de cirugía como proceso de renovación tecnológica, se presentó matriz de dotación biomédica necesaria para el servicio de imágenes diagnósticas como estrategia de renovación y apertura de nuevos servicios


4.3.2 Porcentaje de cumplimiento de Programa de Gestión de Tecnología









Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

En la ejecución del programa de renovación de tecnología biomédica en el año 2025 se realizó incorporación de dotación biomédica en los diferentes servicios de la institución se compró y renovó la siguiente dotación biomédica.






Compra de dotación para los diferentes servicios de la entidad que incluye: mesas quirúrgica de partos, electrobisturí, lámpara cielítica, mesa de noche hospitalización y urgencias, sillas poltronas urgencias, camillas de recuperación urgencias y cirugía, monitores de signos vitales servicio de urgencias, desfibriladores bifásicos urgencias y salas de cirugía, ventiladores mecánicos de alta frecuencia servicio UCI neonatal, ecógrafo servicio UCI neonatal, camas eléctricas de 5 movimientos servicio UCI adultos, monitores de signos vitales UCI adultos, electrocardiógrafos servicios hospitalización y urgencias, dotación de equipos biomédicos para consulta externa.

DETALLE DEL EQUIPO BIOMÉDICO	CANTIDAD	VALOR INVERTIDO	SERVICIO DE DESTINACIÓN	REGISTRO FOTOGRÁFICO
Sillas poltronas para ampliación de urgencias pediátricas	4	\$ 9.572.360	Urgencias Pediátricas	

DETALLE DEL EQUIPO BIOMÉDICO	CANTIDAD	VALOR INVERTIDO	SERVICIO DE DESTINACIÓN	REGISTRO FOTOGRÁFICO
Sillas poltronas sala EDA	3	\$ 7.179.270	Sala EDA	
Camilla de transporte con barandas, incluye colchoneta antiescaras	2	\$ 10.169.740	Servicio de Transporte / Urgencias	
Cama eléctrica de observación adultos y pediátrica con sistema anti-riesgo de caída e incluye colchón antiescaras	8	\$ 80.920.000	Observación Adultos y Pediátrica	
Cama eléctrica de observación adultos y pediátrica con sistema anti-riesgo de caída e incluye colchón antiescaras	2	\$ 20.230.000	Observación Adultos y Pediátrica	
Cama eléctrica de observación adultos y pediátrica con sistema anti-riesgo de caída e incluye colchón antiescaras	12	\$ 121.380.000	Observación Adultos y Pediátrica	

DETALLE DEL EQUIPO BIOMÉDICO	CANTIDAD	VALOR INVERTIDO	SERVICIO DE DESTINACIÓN	REGISTRO FOTOGRÁFICO
Sillas patio coprológicos	4	\$ 4.046.000	Servicio de Coprología / Procedimientos	
Butacos giratorios y altura graduable para sutura o para uso de enfermería en evoluciones (central de enfermería observación)	5	\$ 952.000	Central de Enfermería – Observación	
Mesa puente neumática	22	\$ 17.017.000	Hospitalización / Observación	
Mesa de noche	22	\$ 13.090.000	Hospitalización	
Sillas de ruedas (mediana 3, grande 2)	5	\$ 3.510.500	Servicio Asistencial General	
Reposición de sillas interlocutoras	13	\$ 2.629.900	Consultorios / Áreas Administrativas	

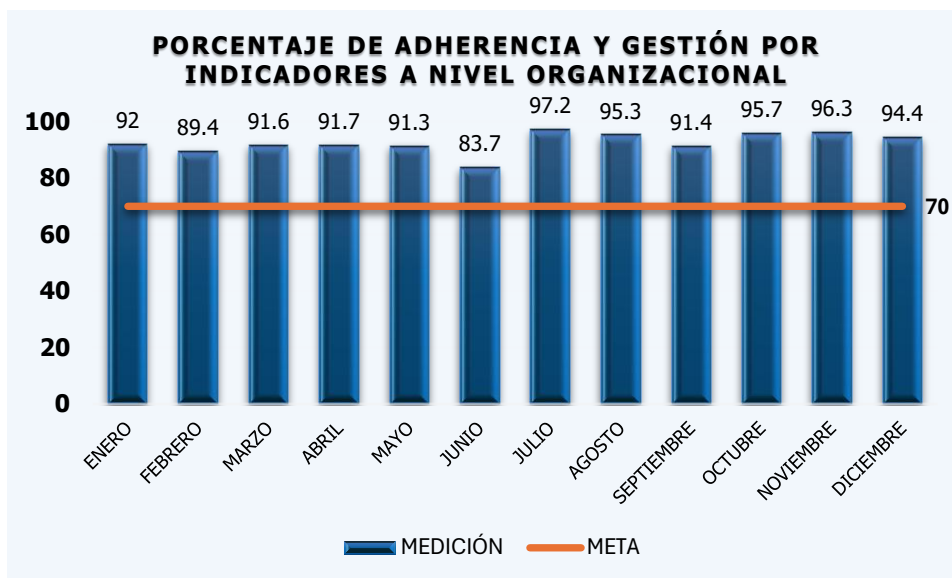
DETALLE DEL EQUIPO BIOMÉDICO	CANTIDAD	VALOR INVERTIDO	SERVICIO DE DESTINACIÓN	REGISTRO FOTOGRÁFICO
Mesas de mayo para procedimientos	3	\$ 999.600	Procedimientos	
Mesa para atención del parto	1	\$ 10.948.000	Sala de Partos	
Camilla de transporte con barandas, incluye colchoneta antiescaras	1	\$ 5.084.870	Transporte Asistencial	
Estribos para mesa de partos con sistema de ajuste y graduación (par)	4	\$ 416.500	Sala de Partos	
Carro para monitor multiparámetros	2	\$ 2.023.000	Observación / Hospitalización	

DETALLE DEL EQUIPO BIOMÉDICO	CANTIDAD	VALOR INVERTIDO	SERVICIO DE DESTINACIÓN	REGISTRO FOTOGRÁFICO
Carro para monitor multiparámetros	2	\$ 2.023.000	Observación / Hospitalización	
Carro para electrocardiógrafo	1	\$ 892.500	Servicio de Diagnóstico	
Carro para monitor fetal	1	\$1.789.000		
Carro de paro	2	\$4.169.000		
Atril porta suero	15	3.213.000		

5. Mejoramiento Continuo.

5.1 Sistema de gestión integral de la información de calidad:

5.1.1 Porcentaje de adherencia y gestión por Indicadores a nivel organizacional



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

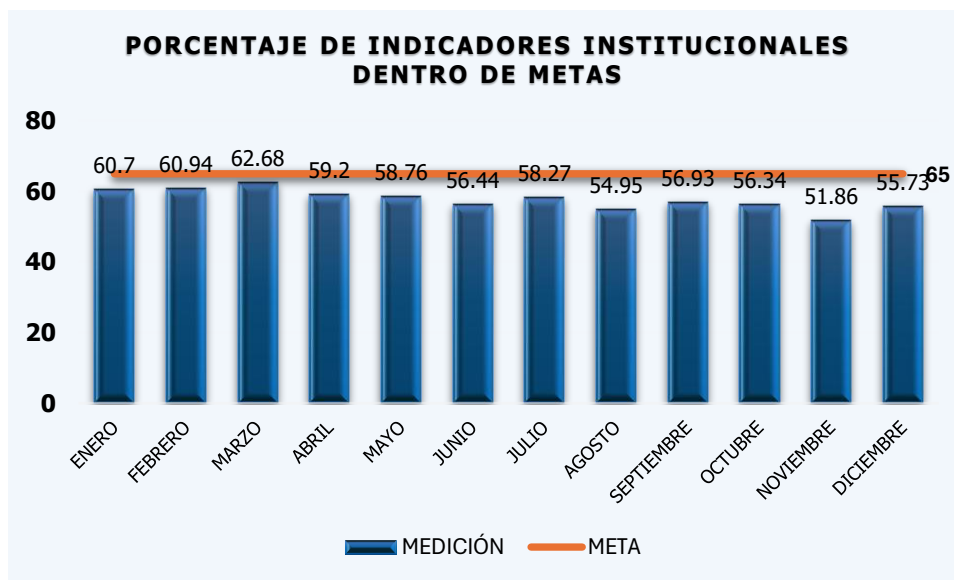
Durante la vigencia 2025 el indicador se mantuvo por encima de la meta institucional del 70%, evidenciando un comportamiento estable y favorable en la gestión organizacional, en el primer trimestre se alcanzaron niveles superiores al 90%, aunque se identificaron demoras en el reporte de algunos indicadores asociados al Modelo de Atención. Para el mes de abril se reportó una adecuada oportunidad en el cargue, con 687 de 749 indicadores alimentados dentro del plazo establecido.

En mayo se evidenció menor adherencia en procesos como Gestión Clínica Multidisciplinaria, Gestión de la Atención en Hospitalización, Direccionamiento y Gerencia; mientras que en junio se identificaron falencias en la captura de datos de IAMMI y prestación de servicios, por lo cual se definieron mesas de trabajo para fortalecer la calidad y oportunidad del registro. Durante el segundo semestre el comportamiento fue mayormente superior al 90%, destacándose julio (97,20%) y noviembre (96,30%), lo que refleja la consolidación de estrategias de seguimiento, acompañamiento a líderes y fortalecimiento en la cultura de reporte.

En términos generales, el indicador cerró la vigencia con resultados satisfactorios, evidenciando avance en la adherencia, oportunidad y gestión de los indicadores institucionales, así como un compromiso sostenido de los procesos con el monitoreo y mejora continua.

5.2 Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud:

5.1.2 Porcentaje de Indicadores Institucionales dentro de metas



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

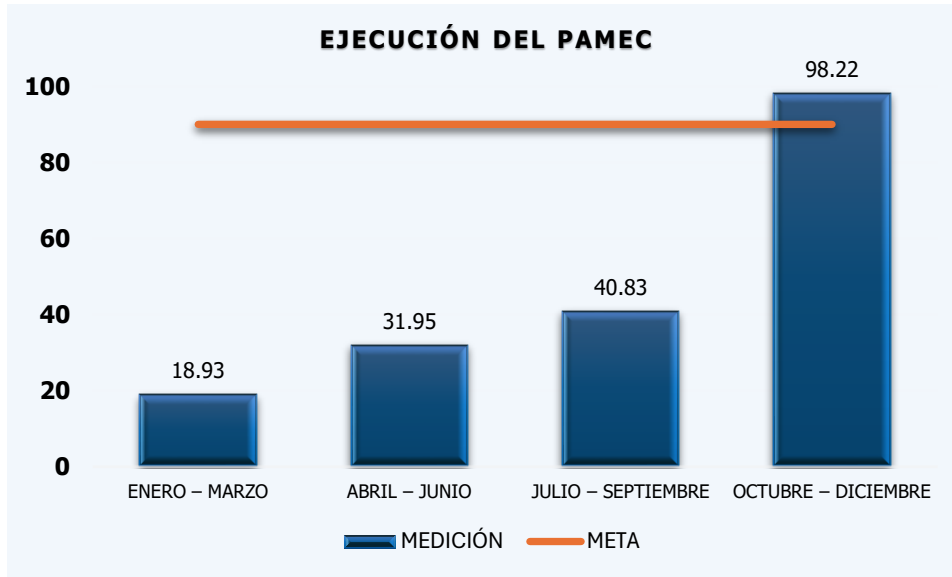
Durante la vigencia 2025 el comportamiento del indicador evidencia que la institución no logró alcanzar la meta establecida del 65% en la mayoría de los meses evaluados, en el primer trimestre se presentó un comportamiento cercano a la meta (enero 60,70%, febrero 60,94% y marzo 62,68%), sin embargo, no se logró el cumplimiento esperado. Para el mes de abril (59,20%) se evidenció impacto negativo debido a la no medición oportuna de 18 indicadores asociados a salas de cirugía.

En mayo (58,76%) y junio (56,44%) el indicador continuó por debajo de la meta, razón por la cual se socializó herramienta de monitoreo y se programaron mesas de trabajo con líderes de procesos para el segundo semestre, con el fin de definir estrategias orientadas al mejoramiento del desempeño institucional.

Durante el segundo semestre se observa una tendencia descendente progresiva, alcanzando valores entre 58% y 51%, cerrando diciembre en 55,73%. Este comportamiento refleja la necesidad de fortalecer el seguimiento oportuno, la medición periódica y la implementación efectiva de planes de mejora por proceso, especialmente en aquellos indicadores críticos que inciden de manera significativa en el resultado global.

Se concluye que para la vigencia 2026 será fundamental consolidar las mesas de trabajo técnicas, fortalecer la cultura de medición y responsabilidad por indicadores y realizar seguimiento mensual con alertas tempranas que permitan corregir desviaciones antes del cierre de cada periodo.

5.2.1 Ejecución del PAMEC



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Se ha estandarizado el HRD-PE-GC-PR-02 Procedimiento Autoevaluación Del Sistema Único De Acreditación, con el objetivo de Establecer la metodología de autoevaluación del sistema único de acreditación a través de la implementación de la ruta crítica como mecanismo sistémico y sistemático que oriente el mejoramiento continuo de la calidad alineado con el PAMEC institucional. En adición, la entidad cuenta con un compromiso de la alta dirección con el mejoramiento institucional a través del Sistema Único de Acreditación y la conformación de equipos de mejoramiento continuo de la calidad para la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Duitama, Acto administrativo que se ha formalizado a través de la Resolución 09 de enero de 2025.

Para la vigencia 2025 se elaboró y garantizó seguimiento al Programa de Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, consolidando la proyección de un total de 169 actividades a ejecutar, con una ejecución para el cierre de la vigencia de 98,2%, con 166 actividades ejecutadas de forma completa.

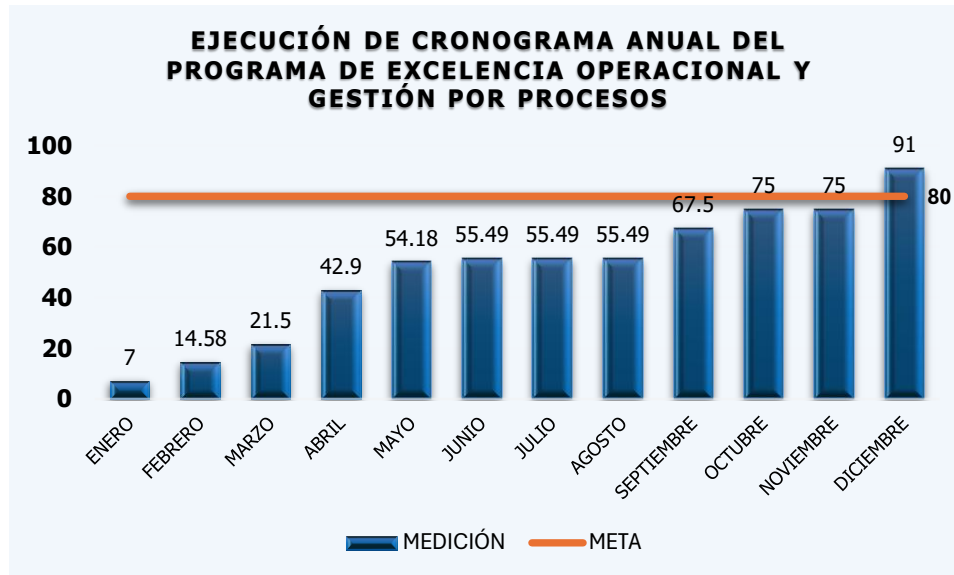
EQUIPO DE MEJORAMIENTO	Completa	En desarrollo	Atrasada	No iniciada	TOTAL	Cumplimiento Global actividades TOTAL 2025	Total, ejecución IV Trimestre 2025
CLIENTE ASISTENCIAL	50	0	0	0	50	100%	100%
DIRECCIONAMIENTO	25	0	0	0	25	100%	100%
GERENCIA	7	0	1	0	8	88%	88%
TALENTO HUMANO	28	0	0	0	28	100%	100%
AMBIENTE FISICO	20	0	0	0	20	100%	100%
TECNOLOGIA	14	0	0	0	14	100%	100%
INFORMACIÓN	14	0	2	0	16	88%	88%
CALIDAD	8	0	0	0	8	100%	100%
TOTAL	166	0	3	0	169	98,2%	98%

Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Se evidencia desempeño óptimo para la mayoría de los equipos, con brechas identificadas en el equipo de Gerencia de la Información, las cuales han sido retroalimentadas y detalladas en informe de cierre de PAMEC, de igual forma, retomadas para dar continuidad al esquema de trabajo en la vigencia 2026.

5.3 Programa de excelencia operacional y gestión por procesos:

5.3.1 Ejecución de cronograma anual del programa



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Durante la vigencia 2025, el Programa de Excelencia Operacional y Gestión por Procesos presentó un comportamiento progresivo en el cumplimiento del cronograma anual, alcanzando la meta institucional del 80% al cierre del año. El primer semestre evidenció avances iniciales asociados a la planeación, estructuración de actividades y ajustes metodológicos en los procesos priorizados, con un cumplimiento gradual que fue fortaleciéndose a partir del tercer trimestre.

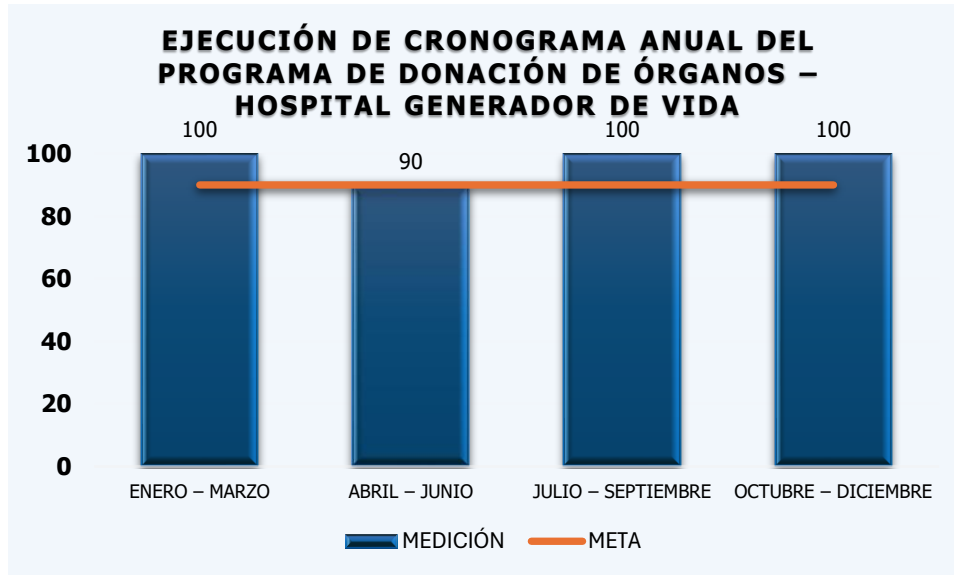
En el segundo semestre se consolidaron las acciones programadas, logrando una mejora sostenida en los porcentajes de ejecución hasta alcanzar un 91% en diciembre, superando la meta establecida. Este resultado refleja la articulación entre los líderes de proceso, el seguimiento periódico a las actividades definidas y la implementación de mejoras orientadas a la optimización operativa y estandarización de procedimientos.

El comportamiento del indicador evidencia que, aunque el año inició con niveles de ejecución inferiores a la meta, las acciones de seguimiento y ajuste permitieron encaminar el programa hacia el cumplimiento total del cronograma, fortaleciendo la gestión por procesos como eje transversal para la mejora continua institucional.

6. RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL.

6.1 Programa de Donación de Órganos - Hospital Generador de Vida:

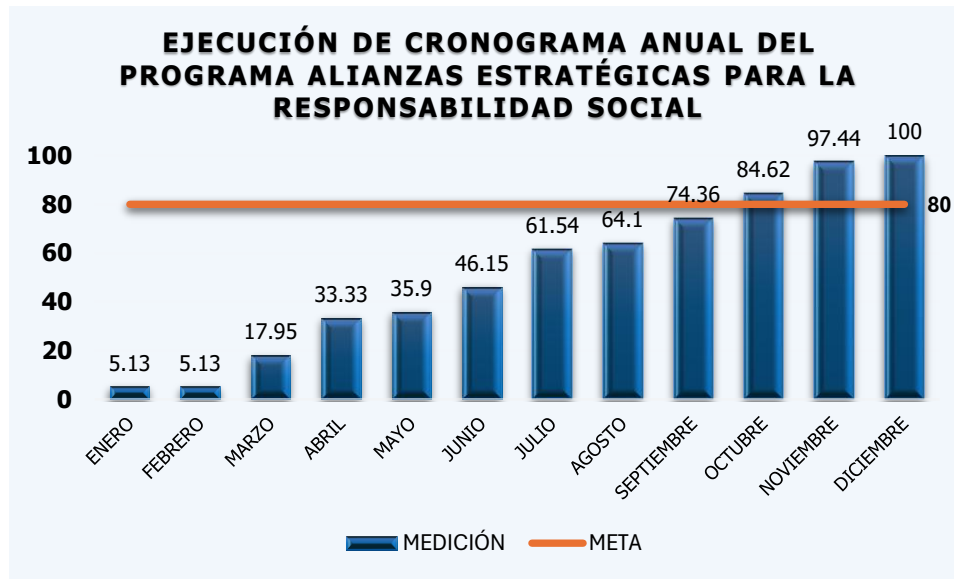
6.1.1 Ejecución de cronograma anual del programa



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Para el año 2025 el programa de Donación de Órganos con su Programa Hospital Generador de Vida cumplió su cronograma al 100% desarrollando actividades a nivel institucional y de carácter obligatorio por entes externos incentivando la población con sus diferentes actividades y generando una nueva cultura que ayude a la población a ser partícipe de este programa.

6.1.2 Ejecución de cronograma anual del programa



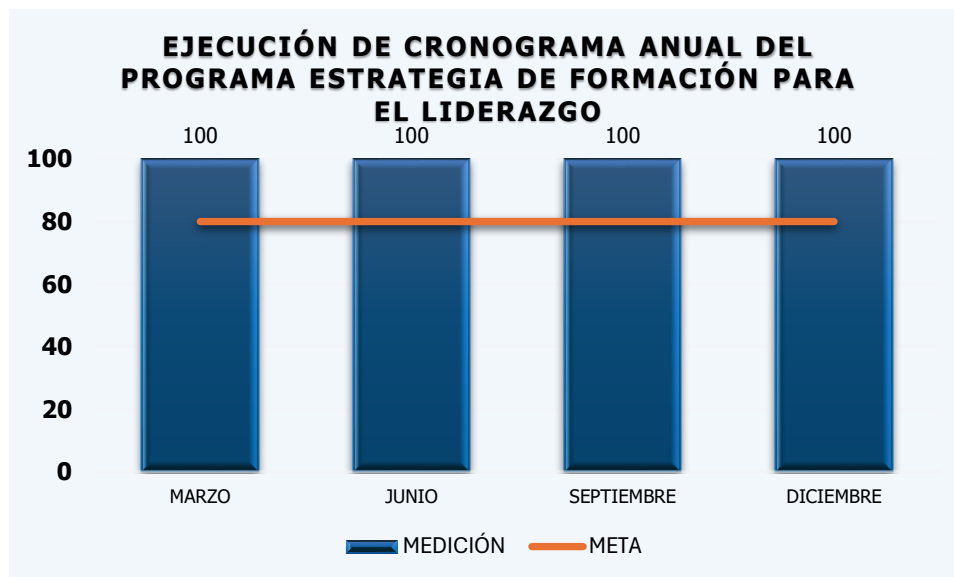
Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El programa de responsabilidad social y su cronograma de alianzas estratégicas para el año 2025 logro un desarrollo del 100%, creando alianzas y trayendo a la institución diferentes actividades y programas que contribuyan al crecimiento y beneficio de la población atendida, todo con el fin de brindar un excelente servicio a la comunidad y los colaboradores de la ESE Hospital Regional de Duitama.

7. TRANSFORMACIÓN CULTURAL.

7.1 Estrategia de Formación para el Liderazgo:

7.1.1 Ejecución de cronograma anual del programa



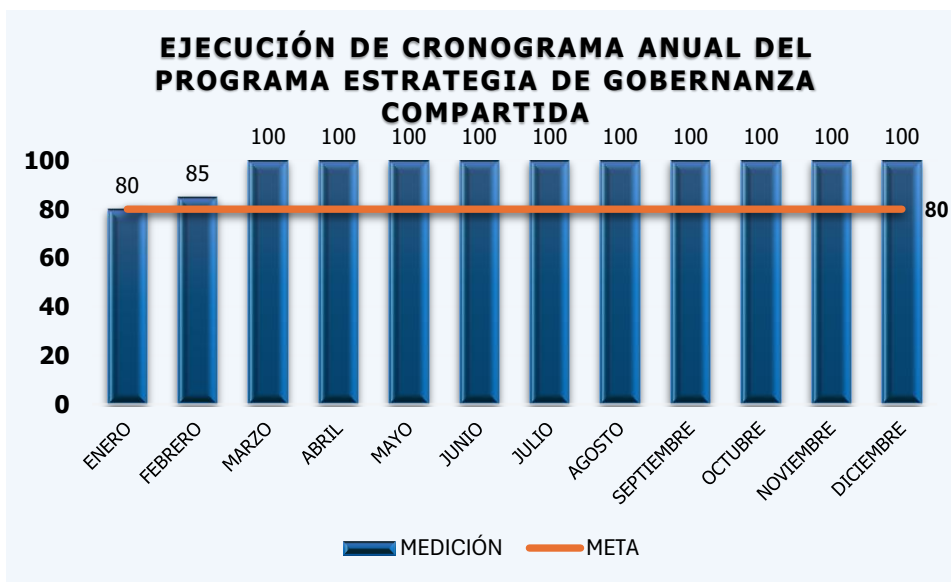
Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Durante la vigencia 2025, el indicador de Ejecución de Cronograma Anual del Programa Estrategia de Formación para el Liderazgo evidenció un cumplimiento del 100% en cada uno de los cortes evaluados (marzo, junio, septiembre y diciembre), superando de manera sostenida la meta institucional establecida en el 80%.

El comportamiento del indicador refleja una ejecución oportuna y disciplinada de las actividades programadas en el cronograma anual, garantizando que las acciones formativas previstas se desarrollaran conforme a los tiempos definidos. No se evidencian rezagos ni desviaciones en la planificación, lo que demuestra una adecuada articulación entre programación, seguimiento y ejecución.

En términos generales, el programa presentó un desempeño consistente durante toda la vigencia, consolidando una gestión eficiente del cronograma, con control permanente y cumplimiento integral de las actividades establecidas para el fortalecimiento del liderazgo institucional.

7.2.1 Ejecución de cronograma anual del programa



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Durante la vigencia 2025, la Ejecución del Cronograma Anual del Programa de Fortalecimiento del Capital Humano presentó un comportamiento dinámico, evidenciando un cumplimiento significativo de las actividades programadas a partir del segundo trimestre del año, entre los meses de marzo y julio se desarrollaron jornadas de capacitación y socialización dirigidas a un número importante de colaboradores de la institución, abordando temáticas relacionadas con la política de talento humano, el programa de transformación cultural y el fortalecimiento del capital humano como eje estratégico institucional. Estas actividades permitieron alcanzar niveles de ejecución superiores a la meta establecida, reflejando un alto compromiso en la implementación de la estrategia.

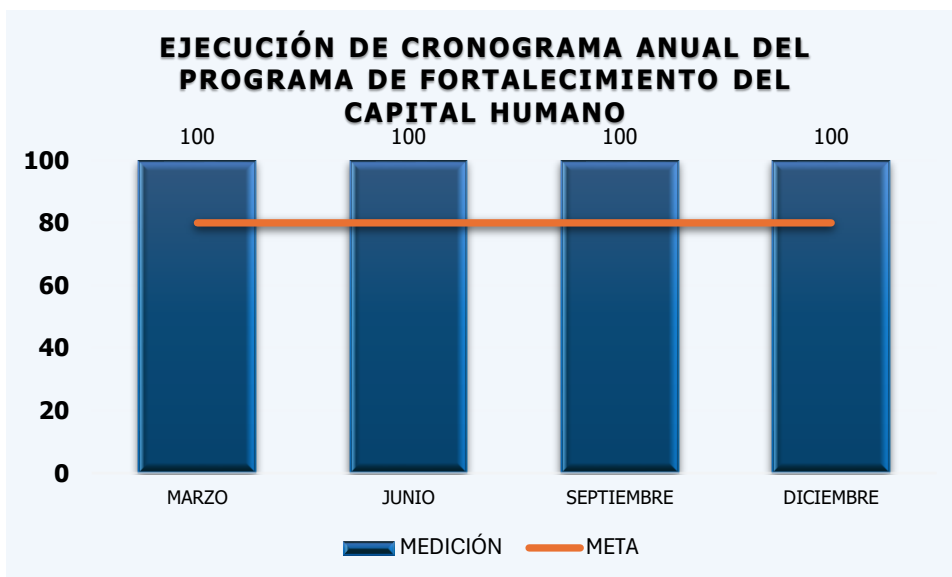
No obstante, durante los meses de noviembre y diciembre no se programaron actividades de socialización en el marco del cronograma del programa, lo que impactó el comportamiento mensual del indicador. A pesar de ello, el desarrollo

acumulado del año evidencia que el programa logró consolidar espacios de formación, sensibilización y apropiación institucional, fortaleciendo la cultura organizacional y alineando a los colaboradores con los objetivos estratégicos de la entidad.

En términos generales, la ejecución del programa demuestra avance en la implementación de acciones orientadas al desarrollo del talento humano, promoviendo la participación activa de los funcionarios y contribuyendo al fortalecimiento de las capacidades institucionales.

7.3 Programa de fortalecimiento del capital humano:

7.3.1 Ejecución de cronograma anual del programa



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

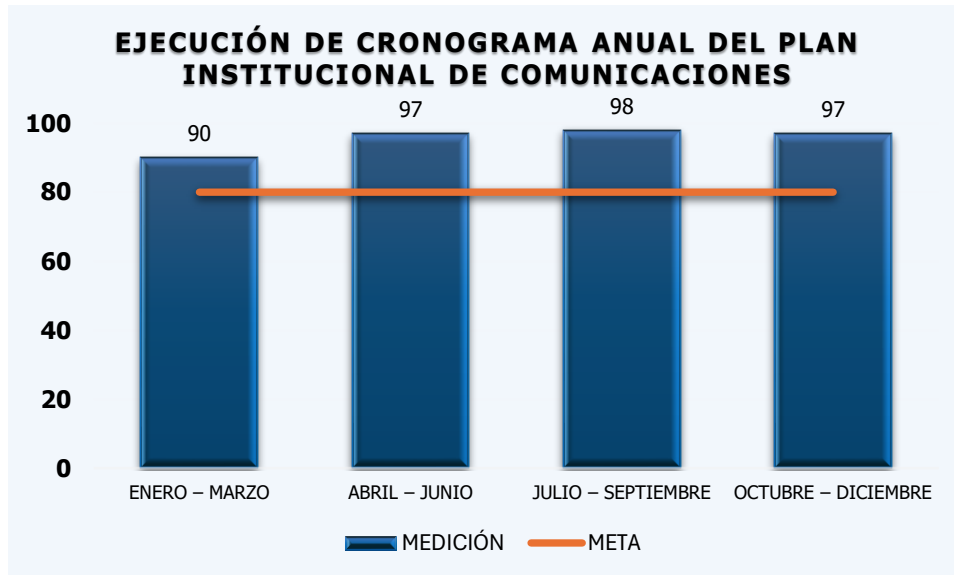
Durante la vigencia 2025, la Ejecución del Cronograma Anual del Programa de Fortalecimiento del Capital Humano evidenció un cumplimiento del 100% en los periodos evaluados, superando la meta establecida del 80%. Este resultado refleja una adecuada planeación y una ejecución disciplinada de las actividades programadas dentro del cronograma institucional.

A lo largo del año se desarrollaron conforme a lo previsto las jornadas de capacitación y socialización orientadas al fortalecimiento de competencias del talento humano, garantizando el cumplimiento de los tiempos definidos y la cobertura proyectada. La ejecución sostenida de las actividades demuestra articulación entre la planeación estratégica y la gestión operativa del programa.

En términos generales, el indicador confirma un alto nivel de adherencia al cronograma aprobado, evidenciando capacidad institucional para programar, coordinar y ejecutar oportunamente las acciones definidas, contribuyendo al fortalecimiento continuo del capital humano y al cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales.

7.4 Plan institucional de comunicaciones:

7.4.1 Ejecución de cronograma anual del programa



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Durante la vigencia 2025, el indicador presentó un cumplimiento sostenido y superior a la meta institucional del 80%, alcanzando resultados trimestrales de 90% en el primer trimestre, 97% en el segundo, 98% en el tercero y 97% en el cuarto trimestre.

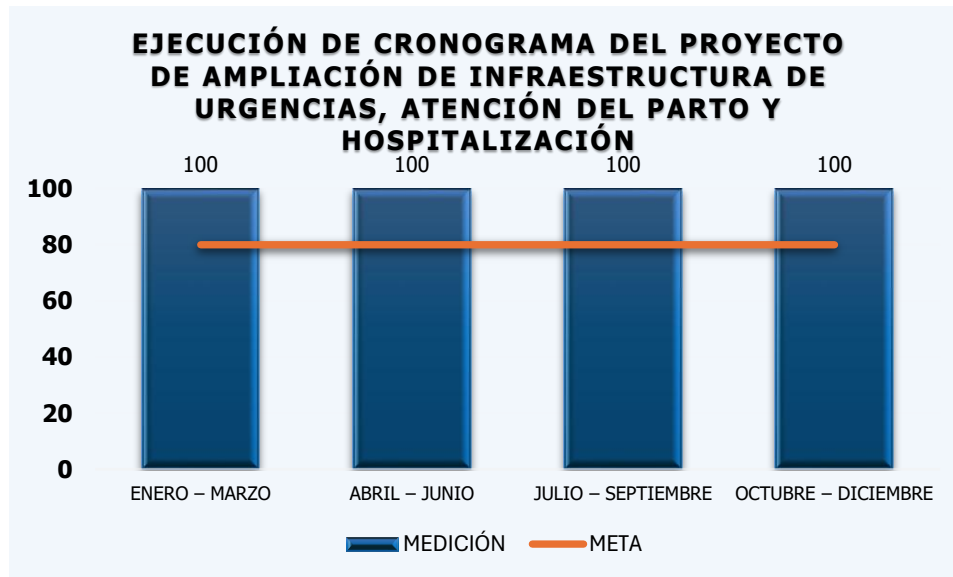
Este comportamiento evidencia una planeación adecuada y un seguimiento permanente al cronograma establecido, permitiendo la ejecución oportuna de las actividades estratégicas definidas en el plan. La consistencia en los niveles de cumplimiento demuestra fortalecimiento en la gestión comunicacional institucional, asegurando la difusión efectiva de información, el acompañamiento a los procesos misionales y de apoyo, y la articulación con las diferentes áreas del hospital.

En términos generales, el resultado refleja una gestión organizada, con control y monitoreo continuo, garantizando que el Plan Institucional de Comunicaciones contribuya de manera efectiva al posicionamiento institucional y al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la E.S.E. Hospital Regional de Duitama durante la vigencia 2025.

8. INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTES HUMANIZADOS.

8.1 Proyectos para la ampliación de la capacidad instalada hospitalaria:

8.1.1 Ejecución de cronograma de formulación, implementación y ejecución del proyecto de ampliación de infraestructura de urgencias, atención del parto y hospitalización.



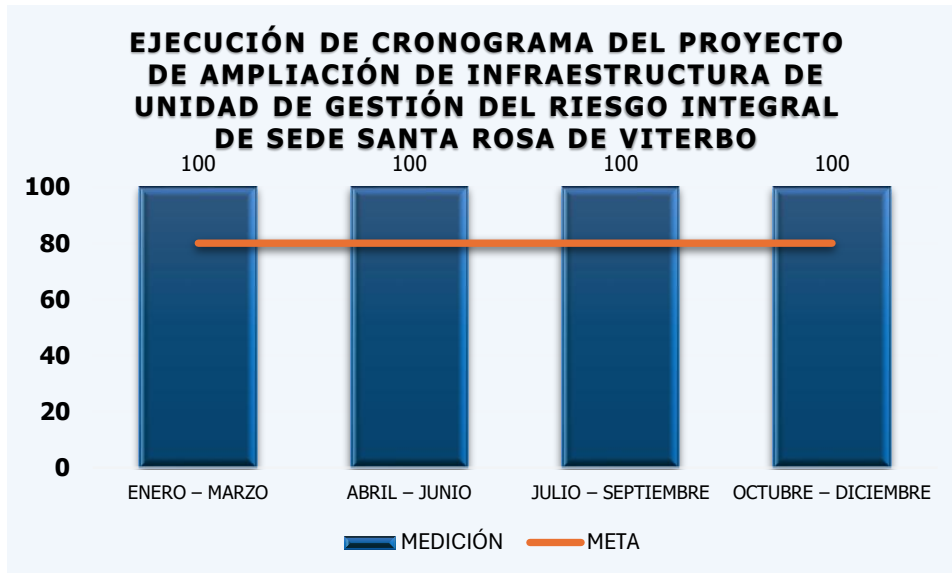
Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Durante la vigencia 2025, el indicador asociado a la ejecución del cronograma de formulación, implementación y ejecución del proyecto de ampliación de infraestructura de urgencias, atención del parto y hospitalización registró un cumplimiento del 100% en los cuatro trimestres del año, superando de manera sostenida la meta establecida superior al 80%.

En el primer trimestre se contó con la aprobación del proyecto y la definición del valor otorgado, consolidando la base técnica y financiera para su desarrollo. En el segundo trimestre el proyecto avanzó a fase de viabilidad y ejecución, respaldado con los estudios técnicos correspondientes. Durante el tercer trimestre se realizó la radicación formal ante el Ministerio de Salud, garantizando el cumplimiento de los requisitos establecidos para su trámite y evaluación. Finalmente, en el cuarto trimestre se ejecutaron las actividades definidas en el Plan Operativo Anual, asegurando la continuidad del proceso y el cumplimiento integral del cronograma institucional.

El resultado alcanzado refleja una adecuada planeación, articulación interinstitucional y seguimiento permanente por parte del proceso de Planeación Institucional, lo cual permitió avanzar de manera ordenada en las diferentes etapas del proyecto. Este desempeño contribuye directamente al fortalecimiento de la capacidad instalada del hospital, a la mejora en la prestación de servicios de urgencias, atención del parto y hospitalización, y al cumplimiento de los objetivos estratégicos orientados a ampliar la infraestructura para responder a las necesidades crecientes de la población usuaria.

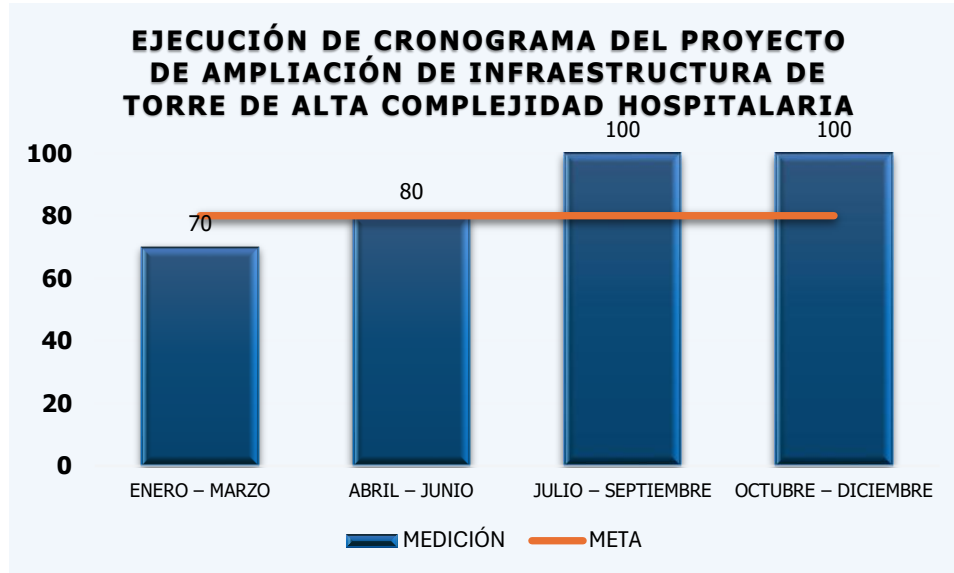
8.1.2 Ejecución de cronograma de formulación, implementación y ejecución del proyecto de ampliación de infraestructura de Unidad de Gestión del Riesgo Integral de Sede Santa Rosa de Viterbo.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Durante la vigencia 2025, el indicador alcanzó un cumplimiento del 100% en todos los trimestres evaluados, superando la meta establecida mayor al 80%. En el primer trimestre se obtuvo la aprobación del proyecto y la asignación de recursos por valor de \$16.297.500.000, consolidando la viabilidad financiera de la iniciativa. En el segundo trimestre se avanzó con el estudio de oferta y demanda y la concertación de la capacidad instalada, soportes fundamentales para el desarrollo técnico del proyecto. Durante el tercer trimestre se realizó la radicación ante el Ministerio de Salud, incluyendo la cesión formal del lote y la firma correspondiente por parte de la Gerencia, además de la primera mesa de trabajo con el Ministerio para ajustar aspectos relacionados con interventoría, presupuesto y cotizaciones. Finalmente, en el cuarto trimestre se ejecutaron las actividades definidas en el Plan Operativo Anual y se subsanaron las observaciones emitidas por el Ministerio, realizando nuevamente la radicación en el mes de diciembre. El comportamiento del indicador refleja una gestión técnica, administrativa y estratégica alineada con el cumplimiento del cronograma institucional y el fortalecimiento de la capacidad instalada en la red de servicios.

8.1.3 Ejecución de cronograma de formulación, implementación y ejecución del proyecto de ampliación de infraestructura de torre de alta complejidad hospitalaria



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Durante la vigencia 2025, el indicador presentó un cumplimiento satisfactorio y sostenido, alcanzando la meta establecida superior al 80% y cerrando el año con un 100% de ejecución.

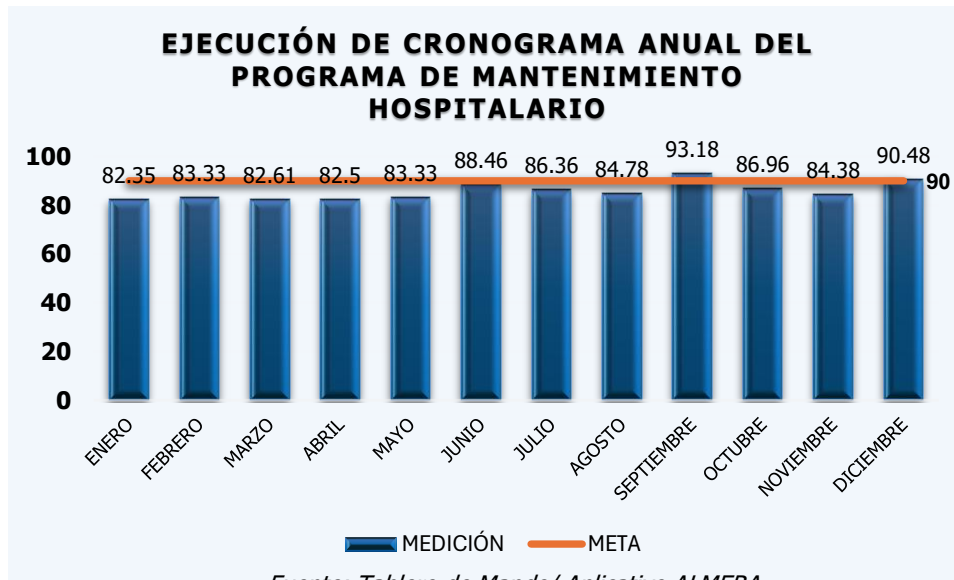
En el primer trimestre se evidenció un avance inicial del 70%, asociado a la realización del estudio de oferta y demanda y los ajustes solicitados por el Ministerio de Salud. Para el segundo trimestre, el indicador alcanzó el 80%, reflejando progreso en la concertación de la capacidad instalada y el fortalecimiento técnico del proyecto.

Durante el tercer trimestre se logró la viabilidad por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, consolidando el cumplimiento del cronograma con un 100% de ejecución. Finalmente, en el cuarto trimestre se formalizó la radicación y viabilización del proyecto, garantizando el cumplimiento total de las actividades programadas en el Plan Operativo Anual.

El comportamiento del indicador demuestra una gestión técnica y administrativa articulada, con seguimiento oportuno y cumplimiento de los hitos establecidos, asegurando la consolidación del proyecto estratégico para el fortalecimiento de la capacidad instalada institucional.

8.2 Programa de mantenimiento hospitalario:

8.2.1 Ejecución de cronograma anual del programa:



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

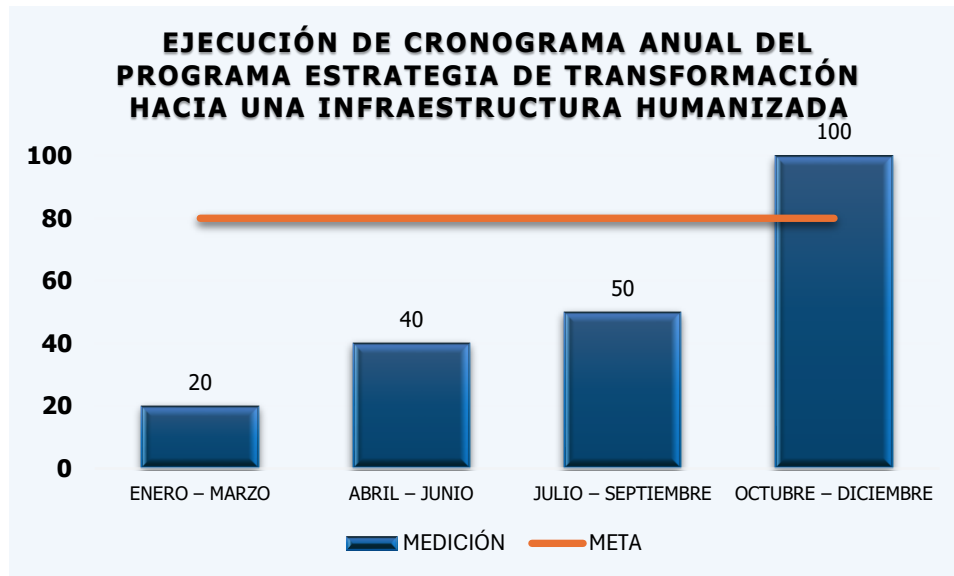
Durante la vigencia 2025 el Programa de Mantenimiento Hospitalario presentó un comportamiento progresivo en la ejecución de su cronograma anual, con una meta establecida del 90%. En el primer semestre se evidenciaron porcentajes inferiores a la meta, asociados principalmente a la priorización de intervenciones de infraestructura para habilitación y ampliación de servicios, así como a la redistribución del recurso humano hacia actividades no programadas inicialmente, pero estratégicas para la operación institucional.

A partir del segundo semestre se observa una mejora sostenida en el cumplimiento, alcanzando en septiembre un 93,18% y cerrando diciembre con un 90,48%, lo que refleja el fortalecimiento en la planeación, reorganización de turnos, asignación de personal en jornadas nocturnas y optimización de tiempos de intervención. Las actividades ejecutadas estuvieron orientadas principalmente al mantenimiento preventivo en hospitalización, áreas críticas, redes de gases medicinales, servicios quirúrgicos y adecuaciones requeridas para procesos de habilitación.

El resultado de cierre evidencia que, aunque durante varios meses el indicador se mantuvo por debajo del 90%, las acciones correctivas implementadas permitieron recuperar el desempeño y finalizar la vigencia cumpliendo la meta establecida, consolidando la gestión del mantenimiento como un soporte clave para la continuidad y seguridad en la prestación de los servicios de salud.

8.3 Estrategia de transformación hacia una infraestructura humanizada:

8.3.1 Ejecución de cronograma anual del programa.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Durante la vigencia 2025, el indicador de Ejecución de cronograma anual del programa presentó un comportamiento progresivo a lo largo del año, en el primer trimestre se evidenció un avance inicial del 20%, asociado principalmente a la ambientación de áreas ginecobstetricias y al proceso de dotación de la sala de observación pediátrica, actividades que sentaron las bases del componente de humanización en infraestructura. Para el segundo trimestre el cumplimiento alcanzó el 40%, consolidando acciones como la referenciación de modelos de ambientes humanizados, adecuación de zonas verdes con mobiliario reutilizado y mesas técnicas interdependencias, aunque varias actividades estructurales dependían aún de cotizaciones y validaciones presupuestales.

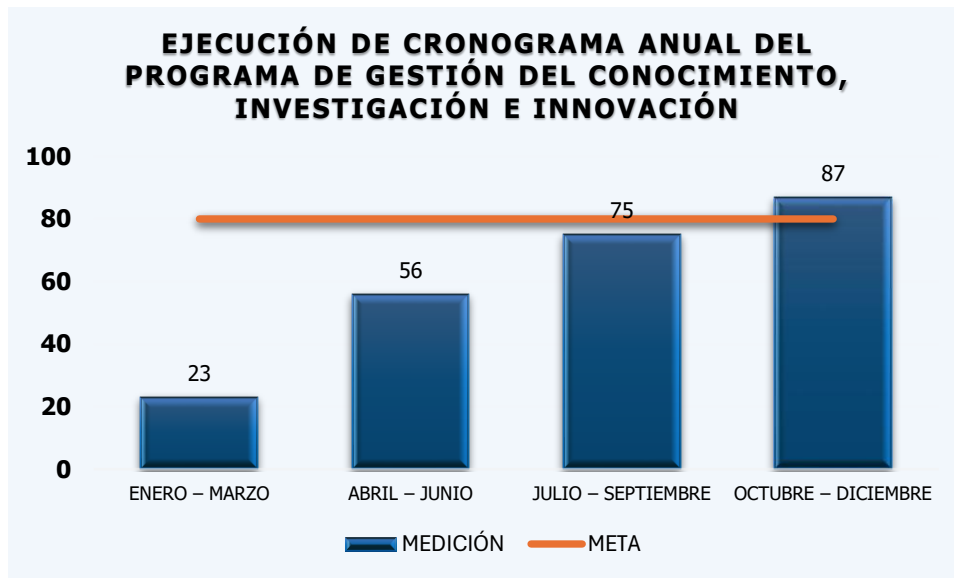
En el tercer trimestre el indicador llegó al 50%, mostrando avances en el diseño de sala de espera humanizada, propuestas de mobiliario innovador, estructuración del proyecto de iluminación LED y planificación de mantenimiento integral de pisos, manteniendo algunas actividades en fase de gestión administrativa y técnica.

Finalmente, en el cuarto trimestre se alcanzó el 100% de ejecución, logrando la culminación de las actividades programadas, incluyendo la dotación definitiva de la sala pediátrica, consolidación de adecuaciones físicas, implementación de mejoras en zonas verdes y estructuración de proyectos energéticos y de mantenimiento. Este cierre evidencia una recuperación significativa frente al rezago inicial y el cumplimiento total del cronograma anual, alineado con la meta institucional, fortaleciendo la estrategia de humanización de la infraestructura hospitalaria y generando ambientes más confortables y dignos para pacientes, acompañantes y colaboradores

9. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN.

9.1 Programa de Gestión del Conocimiento, Investigación e Innovación:

9.1.1 Ejecución de cronograma anual del programa:



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

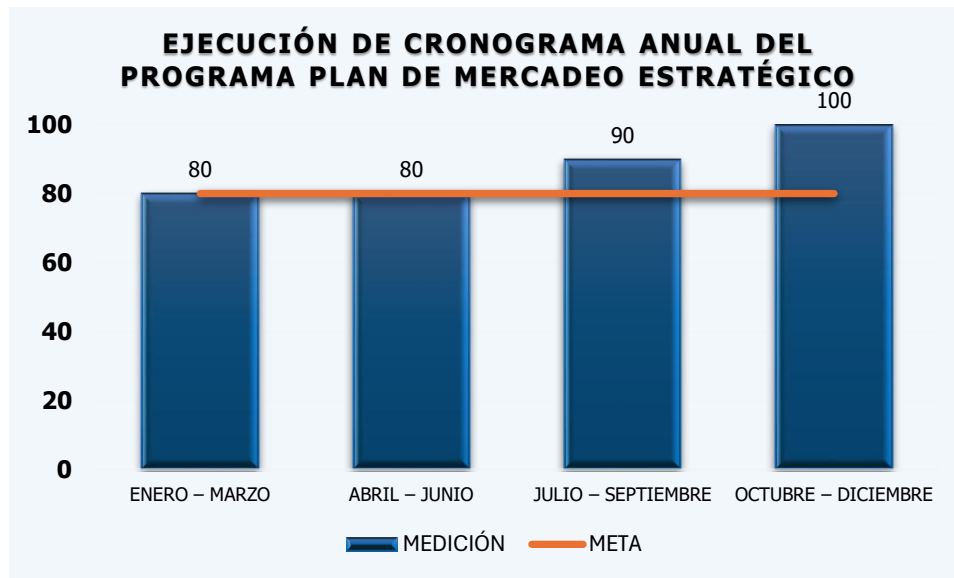
Para la vigencia 2025, el indicador presenta un comportamiento progresivo a lo largo del año. Durante el primer semestre se evidenciaron rezagos en la ejecución de actividades programadas, con un cumplimiento del 23% en el primer trimestre y 56% en el segundo, asociados principalmente a ajustes en la planeación, reorganización de responsabilidades y fortalecimiento del equipo de trabajo.

No obstante, en el segundo semestre se observa una recuperación significativa del cronograma, alcanzando un 75% en el tercer trimestre y cerrando la vigencia con un 87%, superando la meta institucional del 80%. Este comportamiento refleja una consolidación del proceso de investigación institucional, mayor apropiación de los lineamientos metodológicos y avance en actividades relacionadas con estructuración de proyectos, seguimiento a productos académicos y fortalecimiento de la cultura investigativa.

10. GESTIÓN ADMINISTRATIVA EFICIENTE.

10.1 Plan de mercadeo estratégico:

10.1.1 Ejecución de cronograma anual del programa



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

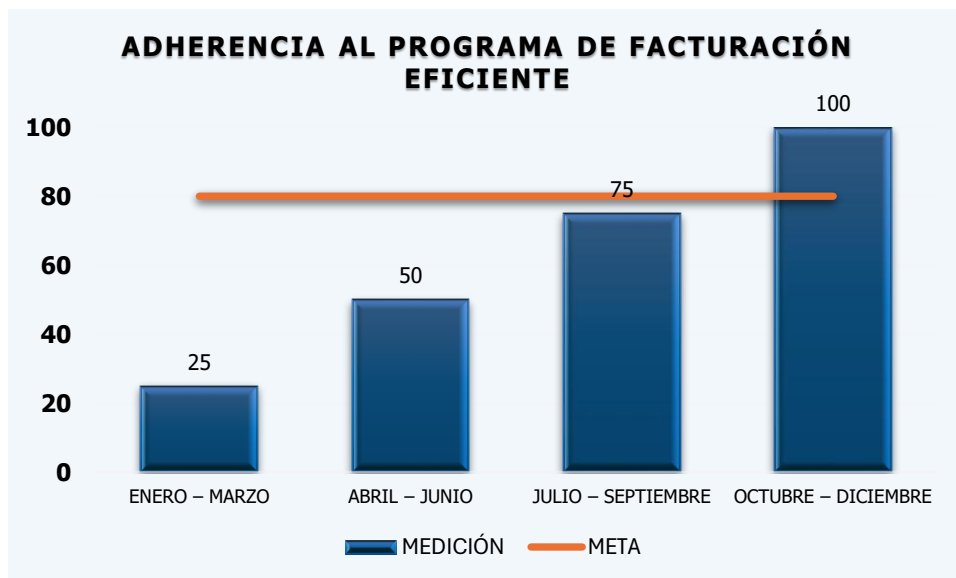
Durante la vigencia 2025, el indicador presentó un cumplimiento satisfactorio frente a la meta institucional establecida en $\geq 80\%$. En el primer y segundo trimestre se alcanzó el 80% de ejecución, evidenciando la puesta en marcha de las actividades programadas, especialmente aquellas orientadas a la promoción de servicios mediante estrategias audiovisuales y posicionamiento del portafolio institucional.

Para el tercer trimestre se registra un avance del 90%, reflejando un fortalecimiento en la implementación de acciones de divulgación y mayor dinamismo en la promoción de servicios internos y externos. Finalmente, en el cuarto trimestre se alcanza el 100% de cumplimiento, consolidando la ejecución total del cronograma anual y evidenciando coherencia entre la planeación estratégica y las acciones desarrolladas.

En términos generales, el comportamiento del indicador durante 2025 demuestra una gestión progresiva y alineada con los objetivos institucionales, garantizando la visibilidad de los servicios ofertados y aportando al fortalecimiento de la demanda y el posicionamiento del Hospital.

10.2 Programa de facturación eficiente:

10.2.1 Adherencia al programa de facturación eficiente

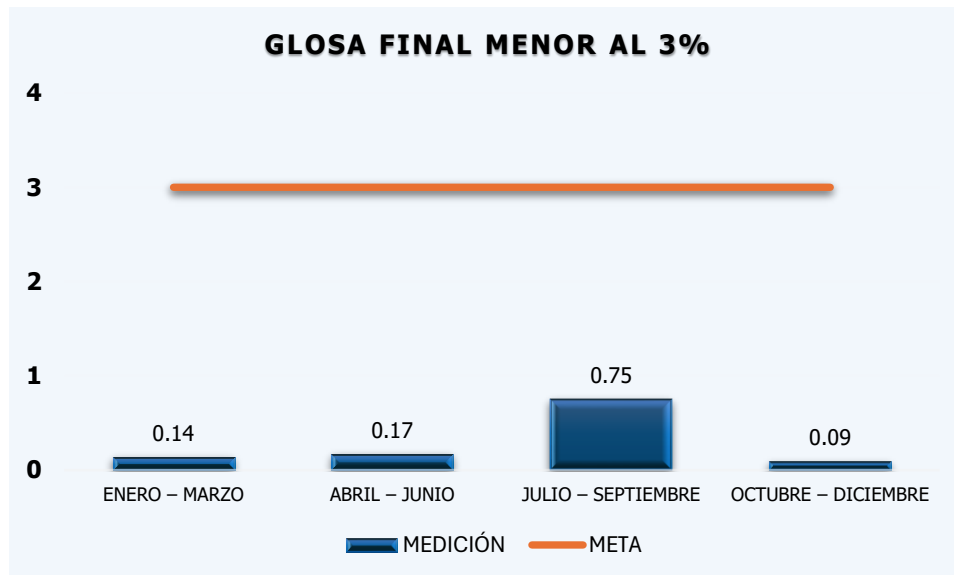


Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El programa de facturación eficiente cumple sus actividades a un 100% garantizando el seguimiento eficiente al cierre oportuno de ingresos, radicación efectiva y gestión oportuna de devoluciones todo esto se logró estructurando los equipos de trabajo y reorganización que se dio en los diferentes servicios.

Para el año 2025 se evidencia un aumento a la facturación de la E.S.E. Hospital Regional de Duitama debido a la apertura de nuevos servicios y a la actualización de tarifas y acuerdos institucionales, la E.S.E. Hospital Regional de Duitama en el año 2025 inicio con la prestación de servicios de alta complejidad, la apertura de la unidad de cuidados intensivos neonatal y la apertura de nuevas salas de cirugía.

10.2.2 Glosa final menor al 3%:



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

En el primer trimestre (0,14%) y segundo trimestre (0,17%) se observa estabilidad en la gestión de respuesta y conciliación de glosas, reflejando fortalecimiento en los procesos de facturación, preauditoria y auditoría médica.

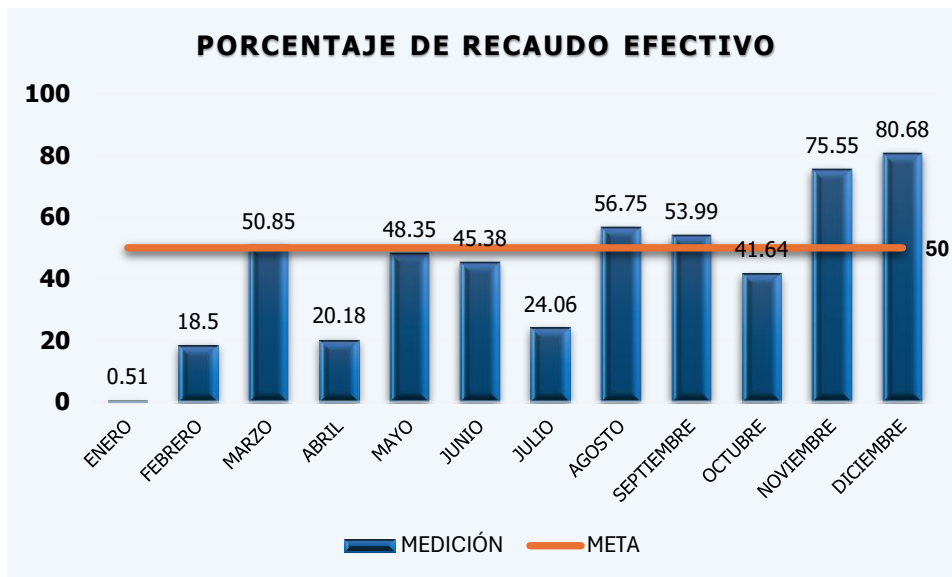
Durante el tercer trimestre se presenta un leve incremento (0,75%), asociado a ajustes en procesos contractuales y dinámica de radicación, sin embargo, el indicador continúa ampliamente dentro del rango óptimo.

Para el cuarto trimestre se registra una disminución significativa (0,09%), consolidando una mejora en la gestión integral de cuentas médicas, conciliaciones y control de causales administrativas.

En términos generales, el resultado acumulado de 2025 demuestra una gestión efectiva en la mitigación de glosas administrativas y de pertinencia, evidenciando mayor articulación entre facturación, contratación, auditoría y cartera, así como un seguimiento permanente en comité de cartera. El comportamiento del indicador confirma el cumplimiento sostenido de la meta institucional y el fortalecimiento del control sobre la calidad de la facturación y legalización contractual.

10.3 Programa de recaudo efectivo:

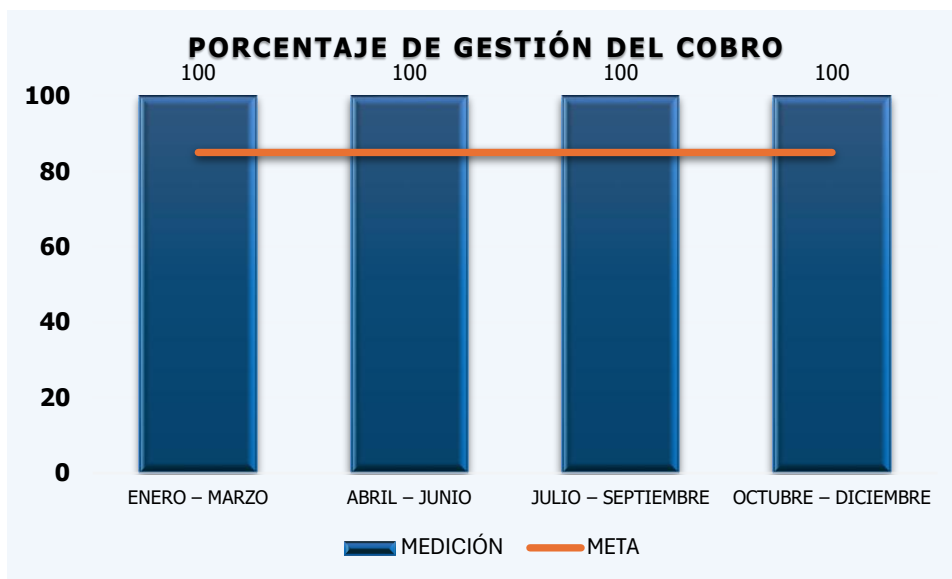
10.3.1 Porcentaje de recaudo efectivo



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El porcentaje de cumplimiento de recaudo de la vigencia actual corresponde a un 45% para el año 2025 y el recaudo total para el año 2025 incluyendo vigencia anterior ascendió a \$133.239.708.045, superando al del año 2024 que fue por valor de \$ \$101.752.621.126. Sin embargo, cabe aclarar que a pesar de la gestión realizada para recaudar la cartera este año fue muy difícil, ya que las entidades en intervención no dan citas continuas para cruce de cartera ni para conciliación de glosas, sumado a esto la cartera de estas entidades antes de la intervención no hay ningún lineamiento de pago ni acuerdo de pago por parte de los respectivos Interventores.

10.3.2 Porcentaje de Gestión del Cobro

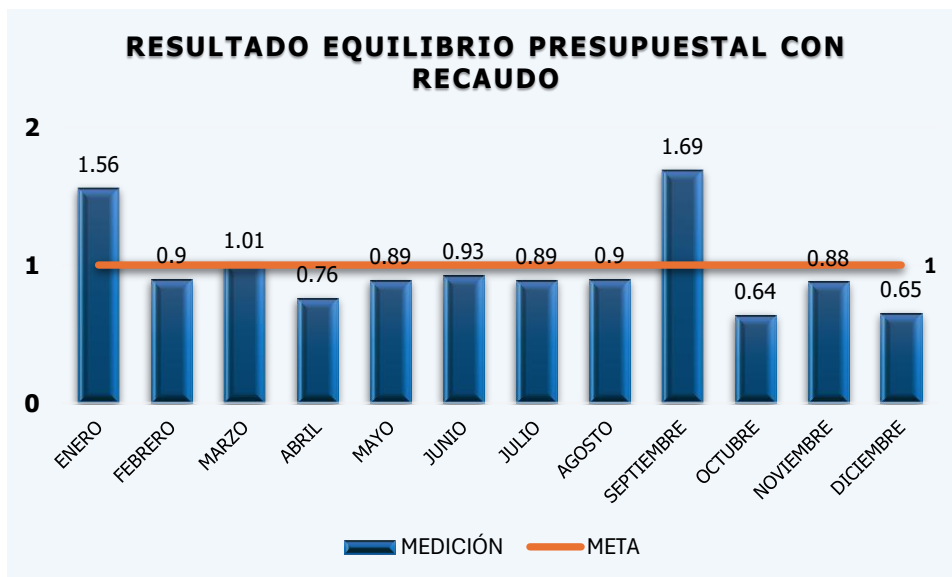


Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El porcentaje de cumplimiento de gestión de cobro es del 100% ya que a todas las EAPB se les llevo a cabo cobro de cartera n su totalidad, con actas de conciliación de las mismas y cruces de cartera.

10.4 Gestión presupuestal:

10.4.1 Resultado equilibrio presupuestal con recaudo



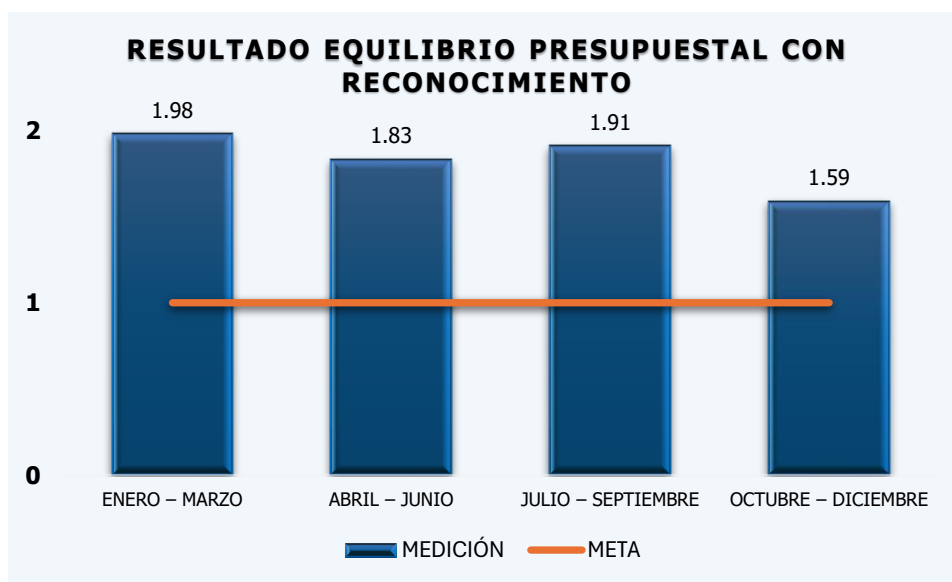
Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El total de recaudo en la vigencia (incluye CxC de vigencias anteriores) / valor de la ejecución de gastos totales comprometidos (incluye CxP de vigencias anteriores).

Durante la vigencia 2025 el comportamiento del indicador evidenció variaciones importantes a lo largo del año. En el primer trimestre el resultado fue superior a la unidad (1,56 en enero y 1,01 en marzo), lo que permitió garantizar el pago de las obligaciones comprometidas en ese periodo. Sin embargo, entre abril y agosto el indicador se ubicó por debajo de la meta institucional (1,00), alcanzando valores entre 0,76 y 0,90, situación que no garantizó plenamente la cobertura del total de las obligaciones radicadas en tesorería en cada mes, asociada principalmente a disminuciones en el recaudo efectivo y al incremento del gasto por apertura y expansión de servicios.

En septiembre se presentó un resultado de 1,69, evidenciando una recuperación significativa del recaudo que permitió cubrir las obligaciones del mes; no obstante, en el último trimestre el indicador volvió a situarse por debajo de 1,00, cerrando diciembre en 0,65, reflejando limitaciones en el recaudo efectivo frente al total de gastos comprometidos y el impacto del comportamiento de pago por parte de EPS intervenidas. En consecuencia, aunque se presentaron meses de recuperación, el equilibrio presupuestal con recaudo en 2025 mostró una tendencia inestable que requiere fortalecer estrategias de recaudo y gestión de cartera para garantizar la sostenibilidad financiera.

10.4.2 Resultado equilibrio presupuestal con reconocimiento



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

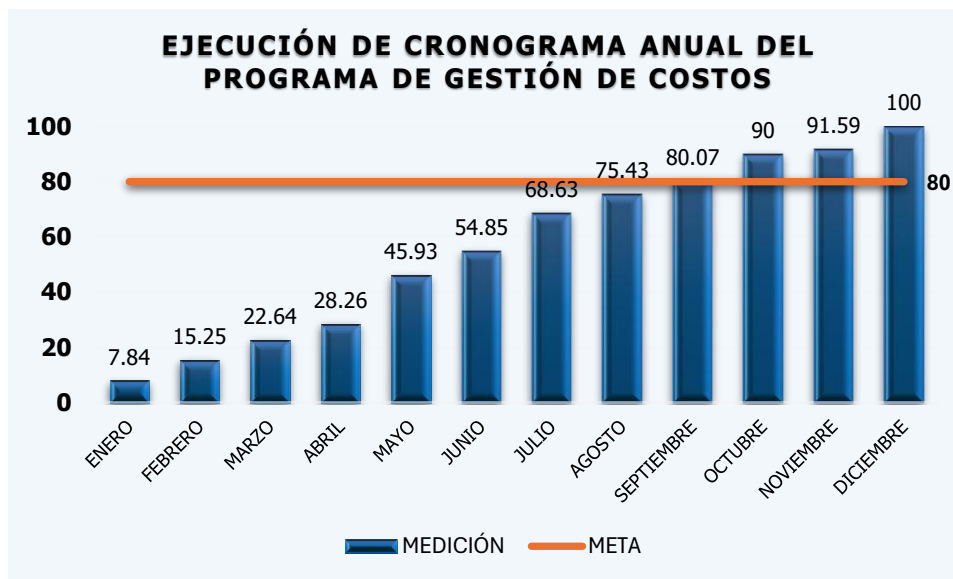
Total, reconocido en la vigencia (incluye CxC de vigencias anteriores) – disponibilidad inicial / valor de la ejecución de gastos totales comprometidos (incluye CxP de vigencias anteriores).

Para la vigencia 2025, el indicador presentó resultados favorables y superiores a la meta institucional (1,00) durante todos los trimestres, alcanzando 1,98 en el periodo enero–marzo, 1,83 en abril–junio, 1,91 en julio–septiembre y 1,59 en octubre–diciembre.

Lo anterior significa que, por cada peso del gasto comprometido, la institución reconoció entre 1,5 y 1,9 pesos de ingresos, incluyendo cuentas por cobrar de vigencias anteriores, lo que garantiza en términos contables la cobertura de las obligaciones radicadas en tesorería y permite una operación normal del ejercicio. Aunque en el último trimestre se evidenció una leve disminución frente a los periodos anteriores, el resultado se mantuvo por encima de la meta, reflejando solidez en el reconocimiento de ingresos y coherencia con la dinámica de facturación y registro contable de la vigencia 2025.

10.5 Programa de gestión de costos:

10.5.1 Ejecución de cronograma anual del programa



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

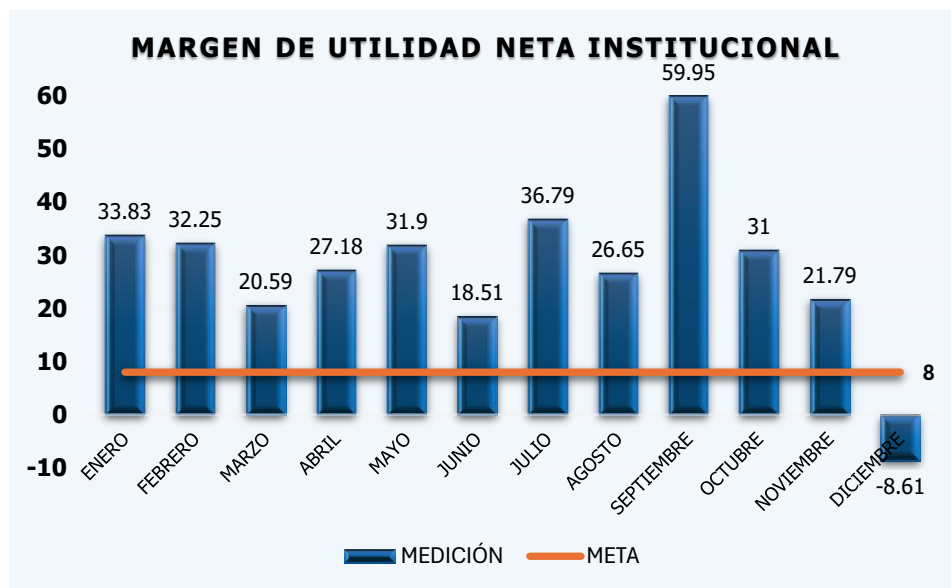
Durante la vigencia 2025, el indicador evidenció una evolución progresiva en el cumplimiento de las actividades programadas, con un comportamiento creciente a lo largo del año hasta alcanzar el 100% en el mes de diciembre, superando la meta institucional establecida del 80%.

En el primer semestre se presentaron niveles de ejecución por debajo de la meta, asociados a la fase de estructuración y desarrollo del cronograma, en la cual se definieron 17 actividades estratégicas orientadas al fortalecimiento de la gestión de costos hospitalarios. A partir del segundo semestre se observó una mejora sostenida en el avance acumulado, logrando en octubre y noviembre porcentajes superiores al 90%, reflejando consolidación en las fases de planeación y desarrollo.

Durante el último trimestre se culminaron las actividades pendientes, entre ellas el seguimiento al indicador de margen de utilidad neta, la generación de informes de costos y rentabilidad por objetos de costo, la implementación de mediciones de productividad por unidades funcionales y la distribución de costos mediante centros de costos y cost drivers institucionales. Con ello, al cierre de la vigencia se reporta cumplimiento total del cronograma, evidenciando fortalecimiento técnico del programa y mayor madurez en el proceso de gestión de costos.

El resultado final confirma que la institución no solo alcanzó la meta establecida, sino que logró consolidar herramientas de análisis y control financiero que aportan a la sostenibilidad y toma de decisiones estratégicas.

10.5.2 Margen de utilidad neta institucional



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

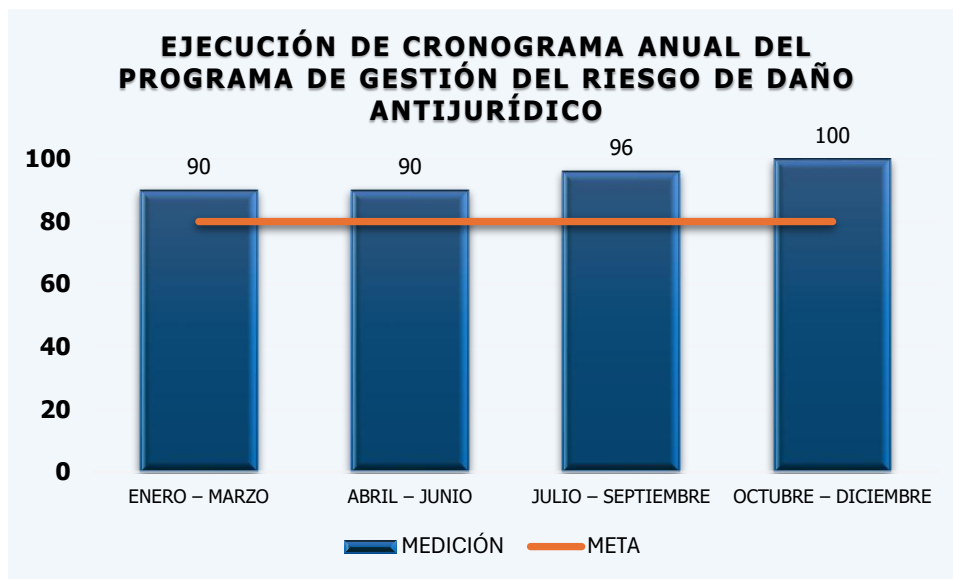
Durante la vigencia 2025, el indicador presentó un comportamiento ampliamente favorable en la mayor parte del año, superando de manera significativa el umbral definido. Entre enero y noviembre se evidencian resultados positivos y consistentes, con márgenes que oscilaron entre 18% y 59%, reflejando una adecuada gestión de ingresos, control de costos y fortalecimiento del resultado operacional. Este desempeño permitió consolidar una tendencia financiera sólida, con generación de utilidades sostenidas y una capacidad institucional para cubrir costos y gastos, garantizando estabilidad económica durante la mayor parte de la vigencia.

En el mes de diciembre se presenta un resultado preliminar negativo (-8,61%), asociado principalmente al reconocimiento acumulado de costos y gastos que no se habían reflejado en meses anteriores, así como a las dinámicas propias del cierre fiscal y la situación estructural del sector salud. No obstante, al analizar el comportamiento acumulado del año, el indicador se mantiene ampliamente por encima de la meta institucional, evidenciando que la E.S.E. Hospital Regional de Duitama sostuvo durante 2025 una gestión financiera eficiente, con capacidad de generación de excedentes y respaldo para la sostenibilidad institucional.

En términos generales, el resultado anual demuestra solidez en la administración financiera, adecuada gestión de costos hospitalarios y fortalecimiento del equilibrio presupuestal, manteniendo márgenes superiores al estándar definido y contribuyendo a la estabilidad y proyección estratégica de la entidad.

10.6 Programa de Gestión del Riesgo de Daño antijurídico:

10.6.1 Ejecución de cronograma anual del programa



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

En la vigencia 2025, la E.S.E. Hospital Regional de Duitama continuó con la implementación y fortalecimiento del Programa de Gestión del Riesgo de Daño Antijurídico, articulándolo con los indicadores estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional registrados en el aplicativo ALMERA y el Tablero de Control Institucional.

El análisis de la vigencia evidencia que el enfoque preventivo se consolidó en tres ejes fundamentales:

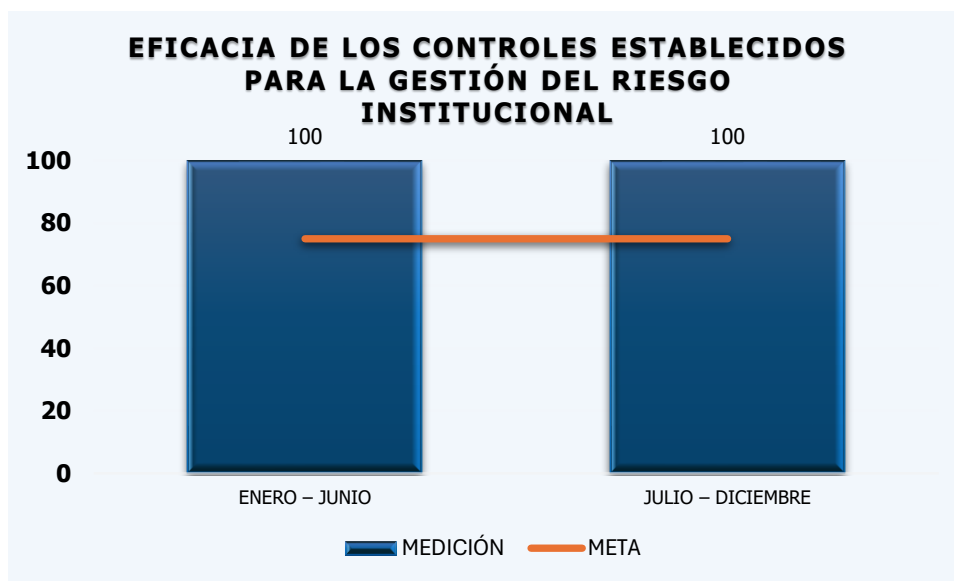
- Prevención primaria del daño antijurídico (gestión preventiva institucional)
- Fortalecimiento del Comité de Conciliación
- Gestión del riesgo litigioso y control de contingencias.

Durante la vigencia 2025 la E.S.E. Hospital Regional de Duitama mantuvo acciones orientadas a mitigar los riesgos jurídicos derivados de la prestación del servicio, fortaleciendo los procesos de capacitación en humanización, seguridad del paciente y responsabilidad disciplinaria, el seguimiento al cumplimiento de protocolos asistenciales, la socialización permanente de lineamientos normativos al personal asistencial y administrativo, y el monitoreo de indicadores críticos relacionados con quejas, eventos adversos y PQR, cuyos resultados comparativos 2024–2025 (según aplicativo ALMERA) evidencian control de los factores generadores de riesgo litigioso, especialmente en atención en urgencias, oportunidad del servicio y comunicación con usuarios.

En cumplimiento del artículo 119 de la Ley 2220 de 2022, el Comité de Conciliación sesionó de manera ordinaria en modalidad mixta, garantizando el análisis técnico–jurídico de cada reclamación, el estudio de procedencia de conciliaciones extrajudiciales, la evaluación de acciones de repetición cuando hubo lugar y el seguimiento a procesos judiciales activos, manteniendo un enfoque preventivo sustentado en análisis probatorio que reduce la exposición institucional a condenas por fallas del servicio; igualmente, se efectuó seguimiento permanente al riesgo litigioso mediante la valoración de probabilidad de pérdida, impacto presupuestal, riesgo reputacional y necesidad de provisión contable, fortaleciendo la protección del patrimonio público.

10.7 Programa de gestión del riesgo SARLAFT Y SICOF:

10.7.1 Eficacia de los Controles Establecidos para la Gestión del Riesgo Institucional.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Durante la vigencia 2025, el indicador alcanzó un cumplimiento del 100% tanto en el primer semestre como en el segundo semestre, superando ampliamente la meta establecida superior al 75%. Este resultado evidencia la ejecución efectiva de los controles definidos dentro del mapa de riesgos institucional, así como la adecuada articulación entre la Oficial de Cumplimiento y el proceso de Planeación Institucional para el seguimiento de los riesgos asociados al sistema SICOF.

En el primer semestre se monitorearon 43 riesgos institucionales, verificándose la ejecución de la totalidad de los controles definidos para cada uno de ellos, sin identificarse riesgos sin mitigar y garantizando el cumplimiento de las actividades establecidas. Los soportes correspondientes fueron documentados mediante los informes de monitoreo y cargados en la plataforma institucional, asegurando trazabilidad y respaldo de la gestión realizada.

Durante el segundo semestre se dio continuidad al seguimiento de los controles implementados, consolidándose el reporte oportuno por parte de los líderes de proceso y manteniéndose la eficacia en la administración del riesgo. La gestión realizada permitió evidenciar un adecuado funcionamiento del sistema de control interno en materia de prevención de riesgos asociados a corrupción, fraude y otras situaciones que puedan afectar la sostenibilidad institucional.

El resultado obtenido refleja un fortalecimiento en la cultura de autocontrol, en la disciplina del monitoreo semestral y en la aplicación efectiva de la política institucional de administración del riesgo, contribuyendo al cumplimiento de los lineamientos regulatorios y al aseguramiento de la integridad en la gestión institucional.

CONCLUSIONES

- Durante la vigencia 2025, la E.S.E. Hospital Regional de Duitama consolidó la implementación del Plan Estratégico Institucional "Sembrando Futuro en Salud 2024-2027", evidenciando avances significativos en la ejecución de los programas estratégicos, el fortalecimiento del modelo de atención, la transformación digital, la expansión de servicios de alta complejidad y el desarrollo de proyectos de infraestructura hospitalaria. Se destaca el cumplimiento superior al 90% en la mayoría de los cronogramas estratégicos, reflejando una adecuada articulación entre planeación, ejecución y seguimiento institucional.
- En el componente asistencial, se evidenció consolidación de programas clave como Ingreso Seguro, Egreso Seguro Asistido, Torre de Control, Seguridad del Paciente y Guías de Práctica Clínica, con resultados superiores a las metas institucionales en la mayoría de los indicadores críticos. No obstante, se identifican oportunidades de mejora en el cumplimiento integral del Modelo de Atención y en el porcentaje de indicadores institucionales dentro de meta, especialmente en hospitalización, cirugía y consulta externa, lo que orienta el enfoque estratégico para la vigencia 2026.
- La institución fortaleció de manera estructural su capacidad instalada mediante la ejecución del 100% de los cronogramas de los proyectos de ampliación de infraestructura (Urgencias, Unidad de Gestión del Riesgo Integral – Sede Santa Rosa y Torre de Alta Complejidad), así como la renovación tecnológica biomédica, garantizando condiciones técnicas adecuadas para la prestación de servicios de mediana y alta complejidad.
- En materia de humanización y experiencia del usuario, el Hospital mantuvo niveles sobresalientes de satisfacción global superiores al 96%, con sedes que alcanzaron resultados del 100% en varios meses del año, y un programa de Egreso Seguro con satisfacción superior al 99%. De igual manera, el fortalecimiento del liderazgo, el capital humano y el plan institucional de comunicaciones contribuyó a mejorar el clima organizacional y el sentido de pertenencia institucional.
- El proceso de acreditación y mejoramiento continuo mostró avances sólidos, con una ejecución del PAMEC del 98,2%, consolidación de equipos de mejoramiento y estandarización de la autoevaluación del Sistema Único de Acreditación. Estos resultados evidencian madurez organizacional y compromiso de la alta dirección con estándares superiores de calidad.
- En el ámbito administrativo y financiero, el programa de facturación eficiente alcanzó 100% de cumplimiento, manteniendo niveles de glosa final inferiores al 1% y fortaleciendo el control sobre la calidad de la facturación. Aunque el recaudo efectivo presentó desafíos asociados al comportamiento de pago de EPS intervenidas, la institución logró un recaudo total superior al del año 2024 y mantuvo resultados favorables en equilibrio presupuestal con reconocimiento, garantizando la sostenibilidad contable y operativa.
- La gestión institucional 2025 demuestra que la E.S.E. Hospital Regional de Duitama mantiene un crecimiento estructurado, con fortalecimiento clínico, administrativo y tecnológico, consolidando su posicionamiento como centro de referencia y avanzando de manera decidida hacia el cumplimiento de estándares superiores de calidad y acreditación en salud.

Cordialmente,



JAIRO MAURICIO SANTOYO GUTIÉRREZ
Gerente

ESE Hospital Regional de Duitama





ESE
Hospital
Regional de Duitama



"Sembrando futuro en salud"

Avenida de las Américas
• Carrera 35 Duitama,
Boyacá

• Tel: (608) 7632323

• Sitio web: <https://www.hrd.gov.co/>