



Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá E.S.E.
Nit: 891.800.982-3

INFORME DE GESTION 2022



CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA

2022

RENDICIÓN DE LA CUENTA ANUAL ANTE LA CONTRALORÍA GENERAL DE BOYACÁ INFORME DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN VIGENCIA 2022

INFORME DE GESTION CON INDICADORES

1. CONTEXTO ORGANIZACIONAL.

La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá es creada a través de Resolución No.006 del 26 de febrero de 1965, emanada de la entonces Beneficencia de Boyacá, bajo la denominación de Hospital Psiquiátrico de Boyacá, determinándole como función la de “resolver el problema de los enfermos mentales Boyacenses”.

En 1975 la Entidad entra a ser parte del Sistema Nacional de Salud como Hospital de Segundo Nivel de Atención, adscrito al Servicio Seccional de Salud de Boyacá.

Mediante Decreto No. 1529 de 1995 la Gobernación de Boyacá reestructura el Hospital Psiquiátrico de Boyacá como una Empresa Social del Estado del orden Departamental.

Con la Ordenanza No. 013 de 1997 se modifica la denominación de la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico de Boyacá por la de Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá.

Naturaleza Jurídica. De conformidad con lo dispuesto por el Decreto Ordenanza 1529 proferido por la Gobernación de Boyacá el 27 de diciembre de 1995 y modificado por la Ordenanza 013 del 14 de mayo de 1997, la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, es una entidad con categoría especial de entidad pública descentralizada del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, por el derecho privado en lo que se refiere a contratación y por el Estatuto de Contratación propio. En razón de su autonomía, La Entidad se organizará, gobernará y establecerá sus normas y reglamentos de conformidad con los principios constitucionales y legales que le permitan desarrollar los fines para los cuales fue constituida. (Dcto.1876 de 1994).

Mediante Decreto 226 del 30 de abril de 2020 el Gobernador del Departamento de Boyacá en uso de sus atribuciones constitucionales, legales, reglamentarias y estatutarias nombra a la Doctora Zulma Cristina Montaña Martínez identificada con C.C. 23810413 expedida en Nobsa en empleo de periodo fijo como gerente de la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá para el periodo comprendido entre el 16 de mayo de 2020 y hasta el 31 de marzo de 2024, siendo la ordenadora del gasto de la Empresa durante el periodo comprendido del precitado nombramiento.

2. PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2020-2023

La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá mediante Acuerdo N° 100.03.01.03 del 17 de julio de 2020 aprobó el Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia fiscal 2020-2023 presentado por la Gerente



El precitado plan de desarrollo se constituye entonces en el plan estratégico institucional para la empresa, el cual se formuló con la siguiente metodología:

Entonces la etapa metodológica planteadas para la planeación estratégica tomando en cuenta el modelo híbrido (administración estratégica-BCS) en la elaboración del plan de desarrollo 2020-2023 de la E.S.E. CRIB son:

1. Realizar diagnostico organizacional cultural. (Mediante metodología de Khandwalla)
2. Realizar diagnostico organizacional funcional. (Mejoramiento desde las observaciones FURAG; Mejoramiento del informe de habilitación 3100; oportunidades de mejoras PAMEC; Análisis de la información financiera de la entidad)
3. Realizar análisis interno. (Metodologías MEFI)
4. Realizar análisis externo. (Metodología MEFE)
5. Análisis estratégico. (Matriz DOFA, generación y priorización de estrategias generando objetivos y lineamientos estratégicos)
6. Generar plataforma estratégica. (A través de metodología de direccionamiento estratégico)
7. Hacer operativa la estrategia a través del plan operativo en el cual las líneas estratégicas dan cumplimiento a objetivos estratégicos que se cumplen a través de políticas que están compuestas por planes, a los que se les da cumplimiento a través de metas que se miden por indicadores y están especificados con metas anuales para 2020 (2 semestre, teniendo en cuenta la fecha de posesión de la actual administración), 2021, 2022 y 2023.

2.1. Plataforma estratégica plan de desarrollo

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Tabla 1. Líneas y objetivos estratégicos.

8.

LINEAS ESTRATEGICAS	OBJETIVOS ESTRATEGICOS
Talento Humano	Planear, desarrollar y evaluar la gestión del talento humano de la ESE CRIB en el marco de la ruta que estable MIPG para la creación valor público
Desarrollo Administrativo	Fortalecer la capacidad y el desempeño administrativo de la entidad para optimizar la gestión institucional propendiendo por el mejoramiento continuo de los procesos
	Mejorar la gestión integral del riesgo (Prevención, manejo y mitigación) de los procesos institucionales
	Fortalecer la gestión contractual de bienes y servicios para proteger los recursos públicos de la entidad
	Garantizar el fomento de la integridad y la transparencia en la gestión de los procesos institucionales
	Integrar en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación a la prestación de servicios asistenciales
Infraestructura	Mejorar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud

Desarrollo de Servicios	Dirigir la prestación de servicios hacia la atención primaria en salud mental con un enfoque que dignifique y elimine el estigma del paciente favoreciendo su rehabilitación integral
	Alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de salud minimizando los riesgos para el paciente y su familia

VISION

En el 2024 el CRIB será reconocida como la empresa líder de la red de atención de salud mental en el departamento de Boyacá prestando servicios integrales que disminuyan el estigma y propendan por la rehabilitación y reintegración social del paciente, garantizando altos estándares de calidad en infraestructura, gestión de servicios y del talento humano

MISION

Servir a la comunidad boyacense brindando una atención integral en salud mental con calidad, seguridad y excelencia que promueva la construcción del bienestar del paciente, su familia y su comunidad.

PRINCIPIOS Y VALORES CORPORATIVOS

- Respeto. Es nuestro compromiso por escuchar, valorar y comprender a nuestros compañeros y pacientes, tratar de entender su actuación, hablando con la verdad y esforzándose por controlar nuestras propias emociones, entendiendo nuestras diferencias y aceptando las normas y políticas de la entidad.
- Excelencia. Nos caracterizamos por la disposición de dar lo mejor de nosotros en toda tarea que realicemos, desarrollando las mejores prácticas, superándonos cada día en todas las áreas y en el trato amable y empático a nuestros compañeros y pacientes.
- Proactividad. Cuando somos proactivos estamos atentos a la búsqueda de soluciones, dispuestos a ponernos manos a la obra sin dejar pasar el tiempo, afrontando nuestras responsabilidades sin excusas y dispuestos a servir a nuestros compañeros y pacientes.
- Honestidad. Somos personas transparentes e íntegras, que cumplimos con las normas y políticas de la entidad, hacemos buen uso de la información, anteponiendo la verdad en cualquier situación y entendemos el valor de la confidencialidad de la información acerca de nuestros compañeros y pacientes.
- Cuidado. Somos cuidadosos cuando estamos comprometidos con la ayuda a nosotros mismos y a los demás, procurando aumentar el bienestar y evitando la ocurrencia de algún daño, protegemos nuestra familia y trabajo diario, valorando el tiempo y preservando los elementos que la entidad ha puesto a nuestra disposición para la realización de tareas.
- Gratitud. Soy una persona agradecida, puedo reconocer y valorar lo que vivo y disfruto a mi alrededor, puedo reconocer las personas a mi alrededor haciendo las cosas bien, y eso me motiva a dar cada momento lo mejor de mí en cada momento y frente a cualquier situación.

X

2.2. ESLOGAN Y LOGO SIMBOLO PLAN DE DESARROLLO.

El logo símbolo representa el esfuerzo articulado de nuestros colaboradores, usuarios y su familia, que propenden por el acompañamiento y el cuidado integral de la salud mental de los individuos, sus familias y la comunidad boyacense.

El corazón simboliza el amor y la unidad que como familias debemos fomentar en nuestro diario vivir, a fin de proteger la salud mental de todos sus integrantes, las personas representan las familias boyacenses unidas y fortalecidas en el amor y el buen trato. Los brazos demuestran el cuidado que desde la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá-CRIB, ofrecemos a los pacientes y sus familias para la restauración de su salud mental individual y colectiva.



El eslogan fortalece el concepto que desde la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá-CRIB, se propende por la protección de la salud mental de los boyacenses, somos una empresa que avanza organizacionalmente y en la prestación de servicios para mejorar y fortalecer el cuidado integral de la salud mental de las personas, las familias y las comunidades.

2.3 GESTION POR INDICADORES

La gestión por indicadores es utilizada para poder medir el porcentaje de cumplimiento de los objetivos institucionales, los cuales son lineamientos del plan estratégico institucional que para la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá se construyó desde un ejercicio de direccionamiento estratégico que se muestra en el Plan de Desarrollo Institucional, el cual desglosa su estrategia en un POA (Plan Operativo Anual) que usa la metodología del BSC (Balance Score Card) que permite hacer operativa la estrategia a través de políticas, planes y metas, siendo estas últimas monitorizadas mediante indicadores.

3. INDICADORES QUE APLICAN PARA LA VIGENCIA 2022

A continuación, se presenta la ficha técnica de cada uno de los indicadores con los resultados según la meta proyectada y aprobada por la Junta Directiva de la E.S.E. para la vigencia 2022

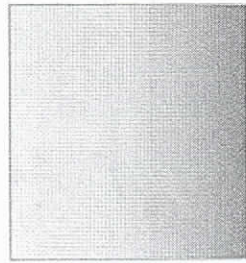
3.1. Línea Estratégica de Talento Humano

3.1.1. Meta: Actualizar PETH alineándolo con MIPG.

NOMBRE DEL ÁREA													
FICHA TECNICA INDICADORES PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022													
FECHA ELABORACION		2/02/2021		ELABORADOR:		SEGUIMIENTO PERIÓDICO		APROBADO POR					
LÍNEA ESTRATÉGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	PLAN	METAS QUE DAN CUMPLIMIENTO AL PLAN	NOMBRE DEL INDICADOR	FOR MULA	FUENTE	ME T A N ME T R I M E N	ME T A N U A L	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	EJECUCION REAL	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Talento Humano	Actualizar el PETH alineándolo con MIPG	Definir los lineamientos institucionales para el talento humano de la entidad	Plan estratégico de talento humano	Mantener el PETH alineándolo con MIPG	PETH DOCUMENTADO	PETH actualizado	Plan estratégico de talento humano	PETH actualizado	100%	ANUAL	100%	100%	https://www.cribsaludmental.gov.co/index.php?option=com_content&view=category&id=323&Itemid=1445

PETH ACTUALIZADO

120
100
80
60
40
20
0



Plan estratégico de talento humano

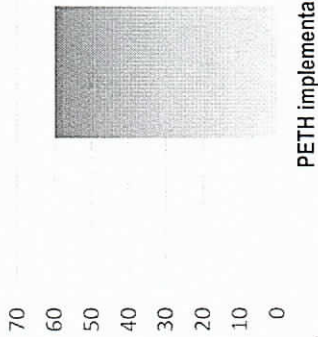
Se elaboró, proyectó y aprobó el Plan Estratégico de Talento Humano presentado por la subgerencia administrativa y financiera (Líder del proceso de talento humano en la institución) como parte integral del plan de acción de la E.S.E. para la vigencia 2022, el cual fue socializado y aprobado en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el día 31 de enero y publicado así mismo en la página web de la entidad en la sección de planes

Se cumplió satisfactoriamente la meta planteada en un 100%

3.1.2. Meta: Implementar PETH actualizado

FICHA TECNICA INDICADORES PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022											
FECHA ELABORACION		2/02/2021		ELABORÓ		SEGUNDO JACINTO PEREZ		FECHA DE APROBACION			
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	PLAN	METAS QUE DAN CUMPLIMIENTO AL PLAN	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	FUENTE	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	META DEL INDICADOR	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Talento Humano	Implementar PETH actualizado	Garantizar que se implementen en los lineamientos institucionales para el talento humano de la entidad.	Plan estratégico de talento humano	Implementar los planes establecidos en el PETH	PETH implementado	N° programas implementados del PETH actualizado/ N° programas del PETH actualizado	Informe de auditoría	trimestral	100%	100%	EVALUACION POA 2022

PETH IMPLEMENTADO



PETH implementado

A

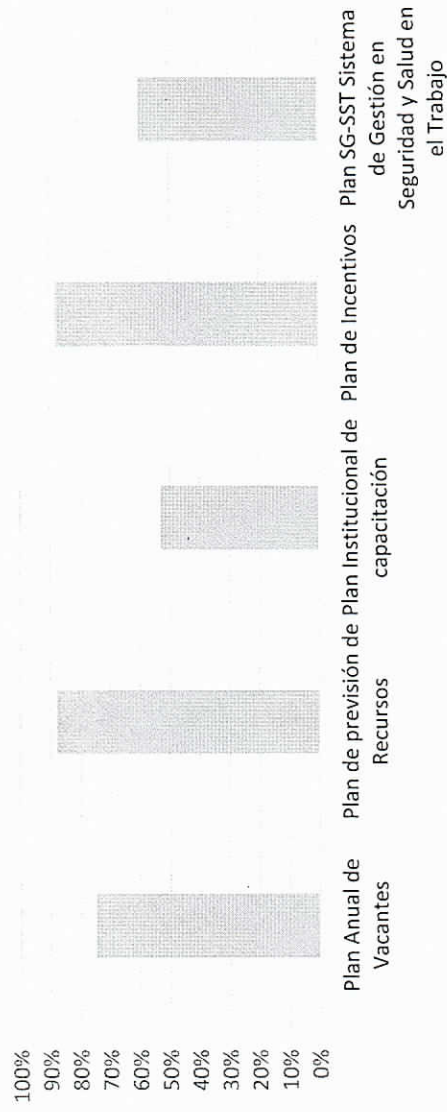
La ejecución del plan estuvo a cargo de la subgerencia administrativa y financiera como líder del proceso de talento humano, desde la oficina asesora de planeación se hizo seguimiento de manera trimestral, los resultados del PETH son los consolidados de los planes del área de talento humano (vacantes, previsión de recursos humanos, plan institucional de capacitaciones, incentivos, trabajo anual de seguridad y salud en el trabajo, y Plan estrategia de integridad de la Entidad
Se cumplió en un 100% para la vigencia.

3.1.3. Evaluar el PETH

La ejecución del plan fue de un 73% es necesario que desde la subgerencia administrativa y financiera se asuma una mayor posición de liderazgo y seguimiento sobre la ejecución de los planes.

Plan de Vacantes 2022		
Actividad	Nombre del Indicador	Cumplimiento
Plan Anual de Vacantes	Porcentaje de avance del Plan Anual de Empleos Vacantes	75%
Plan de previsión de Recursos	Porcentaje de avance del Plan de previsión	88%
Plan Institucional de capacitación	Eficiencia del Plan de capacitación	53%
Plan de Incentivos	Eficiencia del Plan de Incentivos	88%
Plan SG-SST Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo	Porcentaje de avance del plan Anual de Trabajo de SST	60%

PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO



A

3.1.4. Meta: Mejorar el PETH de acuerdo con los hallazgos de la evaluación

NOMBRE DEL ÁREA													
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022													
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		FECHA DE APROBACION		APROBADO POR					
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	FUENTE	MET A MEN	MET A TRI M	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO				
Talento Humano	Mejorar el PETH de acuerdo a los hallazgos de la evaluación	Implementar las acciones de mejora en el PETH de acuerdo a los hallazgos en su evaluación	MEJORAMIENTO PETH	N° Acciones de mejoras/N° Hallazgos en evaluación del PETH	Informe de auditoria		100%	100%	Trimestral	100%			EVALUACION POA/ PLANES INSTITUCIONALES 2022

PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO

La meta se cumplió satisfactoriamente según lo proyectado. Se han implementado y se han obtenido avances en los planes que componen el PETH.

120
100
80
60
40
20
0

Mejoramiento e implementación del PETH

3.1.5. Meta: Realizar estudio de carga de trabajo en la ESE CRIB

NOMBRE DEL ÁREA												
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022												
FECHA ELABORACION		ELABORÓ		SEGUNDO JACINTO		FECHA DE APROBACION		APROBADO POR				
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	FUENTE	MET A MEN	MET A TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	META DEL INDICADOR	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Talento Humano	Realizar estudio de carga de trabajo en la ESE CRIB	Mantener actualizado el estudio de carga de trabajo en la ESE CRIB	Estudio de cargas laborales	Documento de estudio de carga de trabajo	Documento	Documento de carga de trabajo			anual	100%	100%	Contrato procesos y procedimientos 2022

ESTUDIO DE CARGAS LABORALES

Desde la gerencia se adelantó el proceso contractual con un profesional externo para elaboración de estudio de cargas laborales, para la vigencia 2022 se prioriza esta actividad, se actualiza el marco procedimental de todos los procesos y se consolida el manual de procesos y procedimientos. Se cumplió la meta proyectada para la vigencia 2022

150
100
50
0

Documento de estudio de carga de trabajo

X

3.1.6. Meta: Actualizar el Manual de funciones y Competencia

NOMBRE DEL ÁREA											
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022											
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		FECHA DE APROBACION		24/02/2022		APROBADO POR	
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	FUENTE	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Talento Humano	Actualizar el manual de funciones y competencias	Mantener actualizado el manual de funciones y competencias	MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS	Manual de funciones y competencias actualizado	Documento		Manual de funciones y competencias actualizado		ANUAL	100%	Contrato procesos y procedimientos 2022

MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS CRIB

Desde la gerencia se adelantó el proceso contractual con un profesional externo para elaboración de estudio de cargas laborales, para la vigencia 2022 se prioriza esta actividad, se actualiza el marco procedimental de todos los procesos y se consolida el manual de procesos y procedimientos. Se cumplió la meta proyectada para la vigencia 2022

120
100
80
60
40
20
0

Manual de funciones y competencias actualizado

f

3.1.7. Meta: Elaborar e implementar plan de formalización laboral

NOMBRE DEL ÁREA											
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022											
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		FECHA DE APROBACION		APROBADO POR			
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	FUENTE	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO		
Talento Humano	Elaborar e implementar plan de formalización laboral	Garantizar que se implementen los lineamientos normativos relacionados con formalización laboral	Elaborar e implementar plan de formalización laboral	N° de acciones realizadas del plan de formalización laboral/Total acciones programadas para el plan de formalización laboral	Informe de auditoria		50%		Semestral	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
											Subgerencia administrativa/ financiera. Proceso realizado con la comisión

FORMALIZACION LABORAL

Se dejó presupuestado los recursos para el 2023 para formalización de 6 auxiliares de enfermería, La meta se cumplió satisfactoriamente



[Handwritten signature]

3.2. Línea Estratégica de Desarrollo Administrativo

3.2.1. Meta: Diagnosticar el estado actual del marco procedimental institucional por procesos.

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LÍNEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Diagnosticar el estado actual del marco procedimental institucional por procesos	Fortalecer la capacidad y el desempeño administrativo de la entidad para optimizar la gestión	Actualización del marco procedimental institucional	N° de procesos institucionales diagnosticados/ N° total de procesos de la entidad.		100%			100%	Contrato procesos y procedimientos 2022

Desde el área de calidad se adelantó diagnóstico del estado actual del marco procedimental institucional, tomando como referencia su base documental, en la cual se determinó toda la documentación con sus respectivas versiones en todos los procesos de la ESE (Estratégicos, Misionales, De apoyo y de evaluación) Este diagnóstico fue socializado en el comité institucional de calidad.

Desde la gerencia se adelantó el proceso contractual con un profesional externo para elaboración de estudio de cargas laborales, para la vigencia 2022 se prioriza esta actividad, se actualiza el marco procedimental de todos los procesos y se consolida el manual de procesos y procedimientos.

Se cumplió la meta proyectada para la vigencia 2022

MARCO PROCEDIMENTAL INSTITUCIONAL



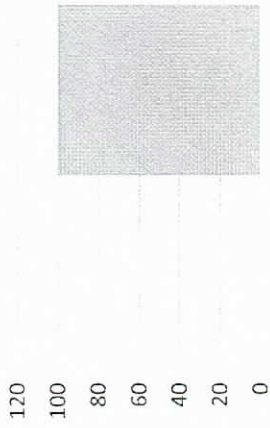
Actualización del marco procedimental institucional

3.2.2. Meta: Gestionar anualmente la herramienta de autodiagnóstico de MIPG

NOMBRE DEL ÁREA									
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022									
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:	SEGUNDO JACINTO	FECHA DE APROBACION	24/02/2022		APROBADO POR		EVIDENCIA
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	FORMULA	FUENTE	META MENS	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO
Desarrollo Administrativo	Gestionar anualmente la herramienta de autodiagnóstico de MIPG	Fortalecer la capacidad y el desempeño administrativo de la entidad para optimizar la gestión institucional y propender por el mejoramiento continuo de los procesos	N° de herramientas de autodiagnóstico de MIPG gestionadas / N° de herramientas de autodiagnóstico de MIPG	Resultados furag 2021		100%		Trimestral	100%
									Evaluación Autodiagnósticos 2022

X

AUTODIAGNOSTICOS MIPG



Herramientas de autodiagnostico MIPG gestionadas

Desde la oficina de planeación se adelantó el diligenciamiento de cada uno de los 15 autodiagnósticos MIPG que le aplican a la ESE, teniendo como referencia los resultados de FURAG de 2021 y lo diagnosticado junto con el líder de cada proceso, Se recomienda que el líder de la implementación de cada política MIPG en conformidad con los resultados de cada autodiagnóstico, formule e implemente como primera línea de defensa planes de acción con el fin de mejorar, la oficina asesora de planeación deberá asesorar esta formulación y hacer seguimiento a la implementación. Se cumplió a satisfacción la meta según lo proyectado en un 100%.

3.2.3. Meta: Creación e implementación del plan de gestión institucional de recursos financieros (GIRF)

NOMBRE DEL ÁREA												
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022												
LINEA ESTRATEGICA	FECHA ELABORACION	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	ELABORÓ:	SEGUNDO JACINTO	FECHA DE APROBACION	24/02/2022		APROBADO POR	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
							META META MEN	META META ANUAL				
Desarrollo Administrativo	Creación e implementación del plan de gestión institucional de recursos financieros	Definir los lineamientos institucionales relacionados con la gestión institucional de recursos financieros (GIRF)	Implementación GIRF	N° actividades del plan (GIRF) implementadas/ N° actividades del plan (GIRF)	Gestión institucional de recursos financieros	60%	60%	Trimestral	60%	Subgerencia Administrativa y Financiera Documento		

4

IMPLEMENTACION DEL GIRF

80
60
40
20
0



Gestión institucional de recursos financieros

Desde la subgerencia administrativa y Financiera se documentó el Plan Institucional de Recursos Financieros con un enfoque de austeridad y eficiencia del gasto, el cual se comenzó a implementar con acciones específicas en el área de cartera y gestión de gastos y costos, quedando pendiente las acciones relacionadas con la actualización documental, políticas contables y fortalecimiento de las acciones de cartera para mejorar el estado de liquidez de la Empresa.

3.2.4. Meta: Creación del proceso de cobro coactivo

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:	SEGUNDO JACINTO	FECHA DE APROBACION	24/02/2022	APROBADO POR	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO		CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
SILINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	FUENTE	META META MEN TRIM ANUAL	META META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Creación del proceso de cobro coactivo	Fortalecer la capacidad y el desempeño administrativo de la entidad para optimizar la gestión institucional propendiendo por el mejoramiento continuo de los procesos	Proceso documentado de cobro coactivo	Proceso documentado de cobro coactivo	Proceso documentado de cobro coactivo	Proceso documentado de cobro coactivo	100%	100%	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera Documento

PROCESO DE COBRO COACTIVO DOCUMENTADO

El documento de cobro coactivo se encuentra elaborado en el área de cartera. Pendiente revisión de la actualización por parte del área contable y Jurídico. Se cumplió satisfactoriamente la meta proyectada al 100%



Cobro coactivo

3.2.5. Meta: Proceso de cobro coactivo implementado

NOMBRE DEL ÁREA											
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022											
FECHA ELABORACION		SEGUNDO JACINTO		FECHA DE APROBACION		24/02/2022		APROBADO POR			
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	FUENTE	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIAS
Desarrollo Administrativo	Implementación del proceso de cobro coactivo		Proceso de cobro coactivo implementado	N° de facturas con proceso de cobro coactivo iniciado/ N° total de facturas con mora superior a 180 días			100%			0%	Sin evidencia

La meta no se cumplió satisfactoriamente, ya que la Política de Cobro coactivo no ha sido implementada; el recaudo del efectivo se realizó por medio de derechos de petición y correo electrónico.

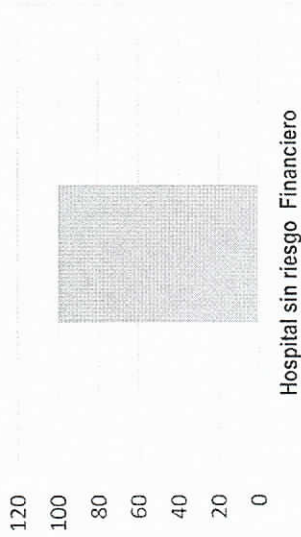
3.2.6. Meta: Mantener sin riesgo financiero la institución anualmente

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:	SEGUNDO JACINTO	FECHA DE APROBACION	24/02/2022		APROBADO POR			
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	FORMULA	FUENTE	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIAS
Desarrollo Administrativo	Mantener sin riesgo financiero la institución anualmente	Hacer seguimiento mensual del cumplimiento de la Resolución No 2509 de 2012 para garantizar que la entidad se mantenga sin riesgo financiero	Certificación de hospital sin riesgo	Certificación de hospital sin riesgo			Certificación de hospital sin riesgo	Anual	100%	Subgerencia Financiera y Administrativa / Estados Financieros

CERTIFICACION HOSPITAL SIN RIESGO FINANCIERO

Certificación sin riesgo financiero

La meta se cumplió de manera satisfactoria.



3.2.7. Meta: Diseñar e implementar estrategias para la reducción de costo operativo y el gasto administrativo buscando la eficiencia de recursos.

MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022											
NOMBRE DEL ÁREA		FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		FECHA DE APROBACION		APROBADO POR			
LÍNEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	FUENTE	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIAS
Desarrollo Administrativo	Diseñar e implementar estrategias para la reducción de costo operativo y el gasto administrativo buscando la eficiencia de recursos	Definir las estrategias para la reducción de costo operativo y el gasto administrativo buscando la eficiencia de recursos	DISMINUCION DEL COSTO Y GASTO OPERATIVO	N° de estrategias implementadas /N° estrategias planificadas	Informe de auditoria	100%	100%	100%	Trimestral	100%	Subgerencia Financiera y Administrativa / Documentado

ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCION DE COSTO OPERATIVO Y GASTO OPERATIVO

La política de disminución de costos operativos y gastos administrativos se encuentra documentada e implementada. Se pueden encontrar en el PGRI de la entidad. Se sugiere revisar e ir actualizando de acuerdo con las necesidades de la institución. Se cumplió la meta planteada

120
100
80
60
40
20
0

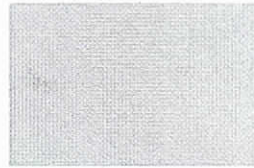
DISMINUCION DEL COSTO Y GASTO OPERATIVO

3.2.8. Meta: Incrementar el recaudo efectivo de ingresos de la vigencia

NOMBRE DEL ÁREA													
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022													
LINEA ESTRATEGICA	FECHA ELABORACION	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	ELABORÓ:	SEGUNDO JACINTO	FECHA DE APROBACION	24/02/2022			APROBADO POR	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIAS
							META MEN	META TRIM	META ANUAL				
Desarrollo Administrativo	Incrementar el recaudo efectivo de los ingresos de la vigencia	Promover y Liderar el proceso de recaudo y gestión de cartera de la Entidad.	Porcentaje de recaudo de cartera corriente	Total recaudo efectivo de la vigencia/total reconocimiento de la vigencia	Ejecución de ingresos	62%	64%	Trimestral	Evaluación POA subgerencia Administrativa 2022				

RECAUDO CARTERA CORRIENTE 2022

70
60
50
40
30
20
10
0



Ejecución de ingresos

Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 13,700,929,907,91}{\text{Denominador } 21,440,613,014} = 64\%$$

Ejecutar de manera eficiente y eficaz las actividades de recaudo y gestión de cartera., para la vigencia 2022 se logró recaudar el 64% del efectivo, Implementar desde la gerencia, la subgerencia administrativa y financiera y tesorería acciones para aumentar el recaudo

Se cumplió la meta para la vigencia

3.2.9. Meta: Mantener reconocimiento ambiental de hospital sostenible

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
LINEA ESTRATEGICA	FECHA ELABORACION	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	ELABORÓ:	SEGUNDO JACINTO	FECHA DE APROBACION	APROBADO POR			EVIDENCIAS
							PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	META ANUAL	META TRIM	
Desarrollo Administrativo	Mantener reconocimiento ambiental de hospital sostenible	Definir las actividades que propendan por el reconocimiento ambiental de hospital sostenible	Porcentaje de ejecución de ejecución	Numero de programas implementados/el número de programas del Plan del ambiental	Informe de auditoria	Reconocimiento ambiental de hospital sostenible	71%	Programa de gestión ambiental 2022		

PROGRAMA DE GESTION AMBIENTAL 2022

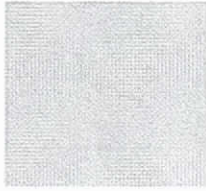
80

60

40

20

0



La meta no aplica para ser evaluada según lo proyectado, aun así, tener en cuenta el porcentaje de implementación del programa de gestión ambiental (71%) se recomienda tener en cuenta los lineamientos históricos del mismo y la NTC 14001 sobre gestión ambiental para seguir sumando esfuerzos en la materia

Reconocimiento ambiental de hospital sostenible

3.2.10. Meta: Implementación de un plan de mejoramiento continuo de los procesos administrativos

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIAS
Desarrollo Administrativo	Implementación de un plan de mejoramiento continuo de procesos administrativos	Fortalecer la capacidad y el desempeño administrativo de la entidad para optimizar la gestión institucional propendiendo por el mejoramiento continuo de los procesos	Porcentaje de implementación de planes de mejoramiento	N° de planes de mejoramiento implementados/ N° de planes de mejoramiento diseñados		50%			67%	Documentado por Oficina De Calidad y Control interno

IMPLEMENTACION DE PLANES DE MEJORAMIENTO DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS

Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 6}{\text{Denominador } 4} = 67\%$$

80
60
40
20
0

Como resultado de las auditorias de control interno se formularon 6 planes de mejoramiento en el área administrativa de los cuales se cerraron efectivamente 4, y en área asistencial se han realizado los respectivos planes de mejoramiento de acuerdo a las necesidades del servicio, se recomienda seguir articulando los procesos de auditoria según el modelo de líneas de defensa y cerrar los planes que aún sigan abiertos. Se cumplió satisfactoriamente la meta proyectada. Para la vigencia

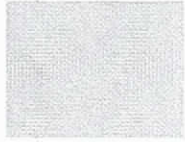
Implementación de planes de mejoramiento

3.2.11. Meta: Fortalecer el funcionamiento y control de los comités institucionales

NOMBRE DEL ÁREA											
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022											
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO	FECHA DE APROBACION	24/02/2022		APROBADO POR			
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	FUENTE	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIAS
Desarrollo Administrativo	Creación en implementación de manual de funcionamiento de comités institucionales	Mantener actualizado el manual de funcionamiento de comités institucionales	Documento de manual de funcionamiento de los comités institucionales	Manual de funcionamiento de comités institucionales	Informe de auditorias		Manual de funcionamiento de comités institucionales		Semestral	30%	POA de calidad

IMPLEMENTACION DEL FUNCIONAMIENTO DE COMITES INSTITUCIONALES

35
30
25
20
15
10
5
0



Manual de funcionamiento de comités
institucionales

Se cuenta con las resoluciones de creación y manejo de los comités institucionales las cuales están actualizadas y rigen para la institución la forma de llevarlos a cabo, sus integrantes y periodicidad. Se hace necesario revisar la posibilidad de integrar varios de ellos que tengan un objetivo o tema común

Se cumplió a satisfacción con la meta planteada

3.2.12. Meta: Fortalecer el funcionamiento y control de los comités institucional

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		FECHA DE APROBACION		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	FUENTE	24/02/2022		PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
						META TRIM	META ANUAL			
Desarrollo Administrativo	Fortalecer el funcionamiento y control de los comités institucionales	Fortalecer la capacidad y el desempeño administrativo de la entidad para optimizar la gestión institucional propendiendo por el mejoramiento continuo de los procesos	Porcentaje de ejecución de los POA de los comités institucionales	N° de planes operativos de los comités institucionales con calificación satisfactoria/Total de planes operativos de comités institucionales diseñados	Informe de auditorías	90%	88%	trimestral	88%	POA EVALUADOS OFICINA DE CALIDAD Y PLANEACION 2022

Desde el área de calidad se adelantó auditoria al cumplimiento de la POA de los comités institucionales, haciéndolos en primera línea a los comités de tipo asistencial y en segunda línea a los administrativos, ya que desde el área de planeación se efectuó la primera línea de estos se cuenta con 22 comités institucionales de los cuales 17 cuentan

con POA

3.2.13. Meta: Realizar la gestión integral del plan SST -Riesgo psicosocial

NOMBRE DEL ÁREA									
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022									
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR	
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Realizar la gestión integral del plan de SST	Fortalecer la capacidad y el desempeño administrativo de la entidad para optimizar la gestión institucional propendiendo por el mejoramiento continuo de los procesos	Porcentaje de trabajadores con riesgo psicosocial con intervención	N° de trabajadores con alto riesgo psicosocial intervenidos/Total de trabajadores con riesgo	>=30%	100%		100%	POA 2022 DE SST

INTERVENCION RIESGO PSICOSOCIAL CRIB 2022

Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 119}{\text{Denominador } 119} = 100\%$$

150
100
50
0



Riesgo psicosocial

Se realizan diferentes actividades como talleres, capacitaciones, encuestas de clima organizacional, pero la participación del personal de planta es baja.

3.2.14. Meta: Realizar la gestión integral del plan SST -Riesgo ergonómico

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Realizar la gestión integral del plan de SST	Fortalecer la capacidad y el desempeño administrativo de la entidad para optimizar la gestión institucional propendiendo por el mejoramiento continuo de los procesos	Porcentaje de trabajadores con riesgo ergonómico con intervención	N° de trabajadores con alto riesgo ergonómico intervenidos/Total de trabajadores con riesgo ergonómico		>=30%			100%	Formato de entrega de sillas ergonómicas y mause Ergonómico

Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = 39\%$$

Se realizan adecuaciones de los puestos de trabajo por recomendaciones médicas, se genera inspecciones de puesto de trabajo con énfasis en ergonomía para identificar las prioridades a intervenir, se realiza valoración de puestos de trabajo y se realiza priorización de sillas ergonómicas. De igual se realiza entrega de Mouse electrónico por requerimientos de Seguridad y Salud en el trabajo.

Se cumplió la meta proyectada para la vigencia 2022

3.2.15. Meta: Realizar la gestión integral del plan SST -Accidentes de trabajo

NOMBRE DEL ÁREA									
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022									
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR	
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META TRIM ANUAL	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIAS
Desarrollo Administrativo	Realizar la gestión integral del plan de SST	Fortalecer la capacidad y el desempeño administrativo de la entidad para optimizar la gestión institucional propendiendo por el mejoramiento continuo de los procesos	Porcentaje de trabajadores con accidentes de trabajo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de accidentes de trabajo en la vigencia}}{\text{Total de trabajadores}}$	$\leq 15\%$	$\leq 15\%$		8% de accidentes, se cumplió con la meta de $\leq 15\%$ 100%	EVALUACION POA SST 2022

Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 10}{\text{Denominador } 119} = 8\%$$

ACCIDENTES DE TRABAJO REPORTADOS EN EL AÑO 2022

12
10
8
6
4
2
0



Accidentes de trabajo

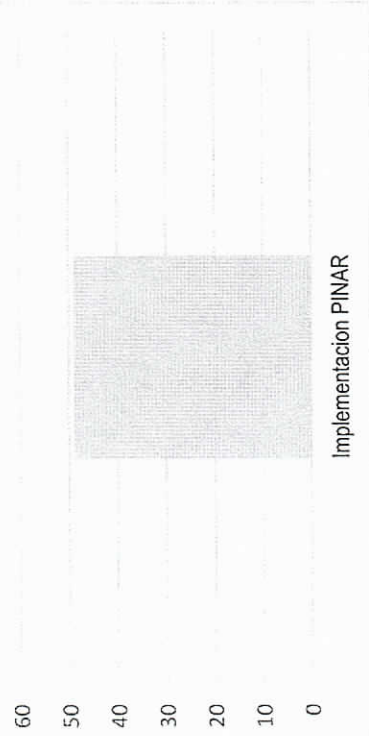
De 119 trabajadores que cuenta la entidad se reportaron 10 casos de accidentes laborales en el año 2022. Se cumplió la meta para la vigencia

3.2.16. Meta: Elaborar e implementar plan institucional de archivo.

NOMBRE DEL ÁREA									
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022									
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR	
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META TRIM ANUAL	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Elaborar e implementar plan institucional de archivo	Definir los lineamientos institucionales para adelantar el plan institucional de archivo	Proporción de implementación de programas del PINAR	N° de programas del PINAR implementados/Total de programas del PINAR	60%		Trimestral	49%	CUMPLIMIENTO PINAR 2022

Se elaboró, proyectó y aprobó el Plan institucional de archivos (PINAR) presentado por líder del proceso gestión documental, como parte integral del plan de acción de la E.S.E. para la vigencia 2022, el cual fue socializado y aprobado en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el día 31 de enero y publicado así mismo en la página web de la entidad en la sección de planes. El porcentaje de cumplimiento del plan institucional de archivo es del 49% para la vigencia 2022
No se cumplió la meta

IMPLEMENTACION DEL PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS



X

3.2.17. Meta: Organizar el fondo documental institucional.

NOMBRE DEL ÁREA											
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022											
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR			
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	FUENTE	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Organizar el fondo documental institucional	Contratar la actualización del fondo documental institucional	PORCENTAJE DE ORGANIZACIÓN EL FONDO DOCUMENTAL	N° metros lineales de fondo documental organizado/N° total de metros lineales de fondo documental	Fondo documental organizado de la E.S.E.		100%		Anual	0%	Sin evidencia

Para la vigencia 2022 no se organizó el fondo documental debido a las restricciones presupuestales de la E.S.E

No se cumplió con la meta proyectada para 2022



3.2.18. Meta: Implementar el Sistema Integrado de Conservación documental (SIC)

NOMBRE DEL ÁREA											
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022											
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR			
LÍNEA ESTRATÉGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	FUENTE	META A MEN	META A TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Implementar el sistema integrado de conservación documental (SIC)	Definir los lineamientos institucionales para implementar el sistema integrado de conservación documental (SIC)	PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN DEL SIC	N° de programas del SIC implementados/Total programas del SIC	Informe de auditorías		50%		Anual	0%	Sin evidencia

EL sistema integrado de conservación se encuentra proyectado, revisado por el comité de archivo, pero falta aprobación en comité institucional de gestión y desempeño
 No se cumplió con la meta proyectada.

3.2.19. Meta: Implementar sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo (SGDEA)-Digitalización de archivos.

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Implementar sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo (SGDEA)	Fortalecer la capacidad y el desempeño administrativo de la entidad para optimizar la gestión institucional propendiendo por el mejoramiento continuo de los procesos	documentos electrónicos de archivo	N° de expedientes electrónicos creados/N° total de expedientes electrónicos a crear		50%			0%	Sin evidencia

No se Implementó el sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo (SGDEA) para la vigencia 2022

Se cumplió la meta proyectada.



3.2.20. Meta: Implementar sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo (SGDEA)-Capacitaciones.

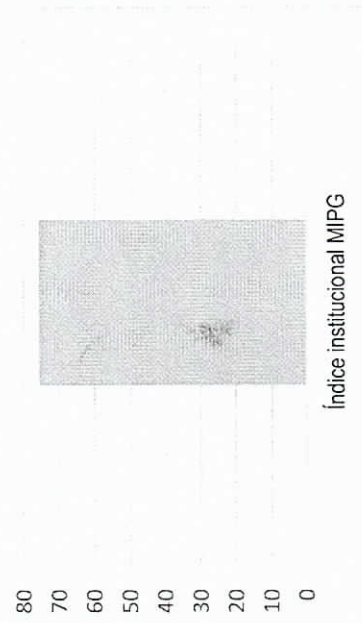
NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:	SEGUNDO JACINTO	24/02/2022		APROBADO POR				
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	FUENTE	META META MEN TRIM ANUAL	META META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Implementar sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo (SGDEA)	Definir los lineamientos institucionales para implementar sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo (SGDEA)	Proporción de capacitaciones sobre SGDEA ejecutadas	N° de capacitaciones realizadas/Total de capacitaciones en gestión documental electrónica	Informe de auditorías	100%	100%	Anual	0%	Sin evidencia

No se implementaron capacitaciones en la vigencia 2022 sobre SGDEA, está pendiente que se oferte estas capacitaciones por parte del responsable.
No cumplió con la meta proyectada.

3.2.21. Meta: Fortalecer e implementar la sostenibilidad de MIPG.

NOMBRE DEL ÁREA											
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022											
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR			
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	FUENTE	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Fortalecer e implementar la sostenibilidad de MIPG	Mejorar la gestión integral del riesgo (Prevención, manejo y mitigación) de los procesos institucionales	Índice de desempeño institucional MIPG	Índice institucional MIPG	Furag		66%			75.8	Resultado FURAG

**DESEMPEÑO INSTITUCIONAL
RESULTADOS FURAG**



El índice de desempeño institucional es evaluado por el DAFP mediante la herramienta FURAG, la cual muestra el resultado de la implementación de MIPG durante la vigencia anterior, es decir este resultado fue entregado en Julio de 2022 respecto a los resultados del 2021 nos muestra un índice de desempeño institucional fue del 75.8, El índice de 2021 no solo supera la meta planteada, sino que muestra una mejora significativa en la implementación del MIPG.

3.2.22. Meta: Gestionar el plan anual de auditorías

NOMBRE DEL ÁREA										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Gestionar el plan anual de auditorías	Mejorar la gestión integral del riesgo (Prevención, manejo y mitigación) de los procesos institucionales	Proporción de auditorías realizadas	N° de auditorías realizadas/N° de auditorías planeadas		80%			100%	Documentado por Oficina de Control Interno

Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 6}{\text{Denominador } 6} = 100\%$$

CUMPLIMIENTO DE AUDITORIAS AÑO 2022

150
100
50
0



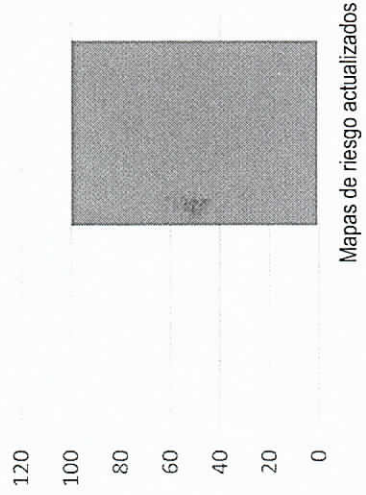
Desde la oficina asesora de control interno se adelantaron 6 de las 6 auditorías proyectadas en el plan de auditorías, de los cuales se concertaron planes de mejoramiento con los líderes de proceso y se presenta informes a la alta dirección con el fin de establecer puntos de control y mejoras a la gestión. Se cumplió la meta a satisfacción para la vigencia 2022

X

3.2.23. Meta: Actualizar los mapas de riesgo por procesos

NOMBRE DEL ÁREA									
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022									
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR	
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Actualizar los mapas de riesgo por procesos	Mejorar la gestión integral del riesgo (Prevención, manejo y mitigación) de los procesos institucionales	PROPORCION DE MAPAS ACTUALIZADOS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mapas de riesgo actualizados}}{\text{Total de procesos}}$		30%		Trimestral	100% Oficina de Planeación.

PORCENTAJE DE MAPAS DE RIESGOS ACTUALIZADOS



Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 17}{\text{Denominador } 17} = 100\%$$

Las actividades se realizaron mediante mesas de trabajo de acuerdo al cronograma establecido en la planeación institucional. el cronograma se estableció en conjunto con la aprobación del plan de acción del que habla el decreto 612 del 2018 y aprobado en Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Los líderes de proceso identificaron los riesgos con la asesoría de la Oficina asesora de planeación.

Se cumplió con la actualización de mapas de riesgos de los 17 procesos de la institución

3.2.24. Meta: Formular, implementar y evaluar plan de prevención de conducta antijurídica y daño antijurídico en la entidad.

NOMBRE DEL ÁREA									
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022									
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR	
LÍNEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META TRIMEN	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Formular, implementar y evaluar plan de prevención de conducta antijurídica y daño antijurídico en la entidad	Mejorar la gestión integral del riesgo (Prevención, manejo y mitigación) de los procesos institucionales	proporción de lineamientos implementados	N° de lineamientos implementados/ N° de lineamientos formulados del plan de prevención de conducta antijurídica	100%	100%		100%	Plan de prevención de conducta antijurídica y daño antijurídico

PORCENTAJE LINEAMIENTOS IMPLEMENTADOS PREVENTIVOS DE CONDUCTA ANTIJURIDICA

150
100
50
0



Lineamientos implementados

Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 5}{\text{Denominador } 5} = 100\%$$

Se documentó el plan desde el área jurídica, de los cuales se cumplen con 5 de 5 lineamientos, cuya implementación certifica asesor jurídico externo como responsable de la implementación. Se cumplió con la meta proyectada. Para la vigencia

X

3.2.25. Meta: Elaborar y ejecutar del manual de adecuada defensa de los intereses litigiosos de la entidad.

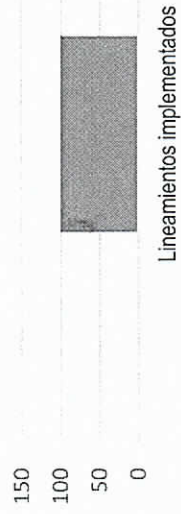
NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Elaborar y ejecutar del manual de adecuada defensa de los intereses litigiosos de la entidad	Mejorar la gestión integral del riesgo (Prevención, manejo y mitigación) de los procesos institucionales		N° de lineamientos implementados/ N° de lineamientos formulados del manual de adecuada defensa		100%			100%	Manual de defensa de los intereses litigiosos

Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 3}{\text{Denominador } 3} = 100 \%$$

Se elabora el manual de adecuada defensa de los intereses litigiosos de la entidad Se cumplió

PORCENTAJE DE LINEAMIENTOS IMPLEMENTADOS DE ADECUADA DEFENSA DE LOS INTERESES LITIGIOSOS DE LA...



f

3.2.26. Meta: Actualizar e implementar el proceso contractual de la entidad.

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:	SEGUNDO JACINTO	24/02/2022		APROBADO POR				
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Actualizar e implementar el proceso contractual de la entidad	Fortalecer la gestión contractual de bienes y servicios para proteger los recursos públicos de la entidad	proporción de lineamientos implementados	N° de procesos contractuales adelantados que cumple la ruta contractual establecida/Tot al de procesos de contratación		100%			94%	Documento/ proceso contractual de la entidad

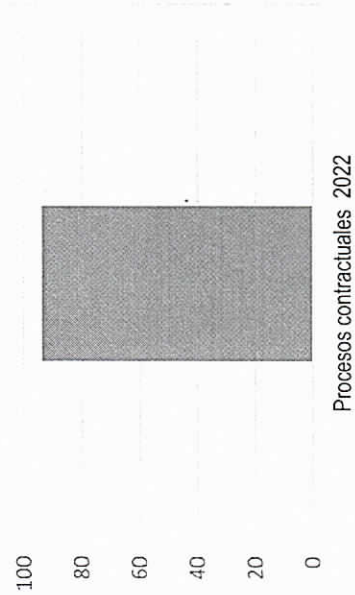
Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 131}{\text{Denominador } 139} = 94\%$$

Denominador 139

En términos procedimentales la contratación de la E.S.E. ha mostrado un mayor grado de adherencia y confiabilidad, dado que ha sido uno de los procesos que desde la gerencia se priorizó a organizar, el único punto donde se evidenció incumplimiento es en la publicación a tiempo (3 días hábiles) en la plataforma SECOP I, pues de los 139 procesos que se adelantaron en la vigencia, 8 se publicaron fuera de tiempo.

PORCENTAJE DE PROCESOS CONTRACTUALES PUBLICADOS A TIEMPO



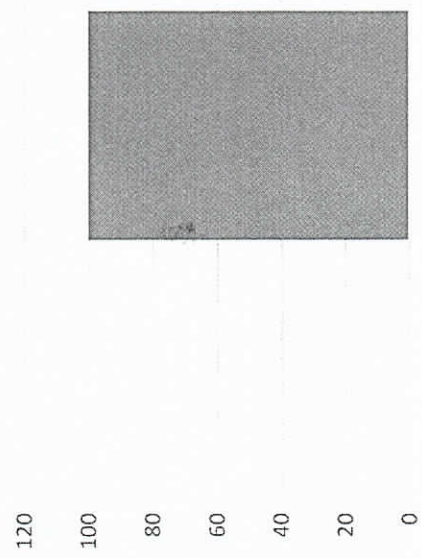
Procesos contractuales 2022

X

3.2.27. Meta: Satisfacer de manera oportuna las necesidades de la entidad.

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO	24/02/2022		APROBADO POR		EVIDENCIA	
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM ANUAL	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	
Desarrollo Administrativo	Satisfacer de manera oportuna las necesidades de la entidad	Fortalecer la gestión contractual de bienes y servicios para proteger los recursos públicos de la entidad		N° procesos de contratación / Total necesidades del PAA		90%			89.4%	PAA

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES



Formula del indicador
 Numerador 93
 ----- = 89 %
 Denominador 104

El líder de la implementación del plan es la subgerencia administrativa y financiera con asesoría de comité de compras. La información fue suministrada por el apoyo de contratación. Se encuentran 104 necesidades proyectadas del PAA, de las cuales al 31 de diciembre de 2022 se satisficieron 93, por lo cual el porcentaje de cumplimiento del Plan de Adquisiciones para el año 2022 es de **89.4 %**

0

3.2.28. Meta: Actualizar el inventario de activos fijos

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Actualizar el inventario de activos fijos	Fortalecer la gestión contractual de bienes y servicios para proteger los recursos públicos de la entidad	Proporción de activos fijos actualizados	$\frac{\text{Total de activos fijos actualizados}}{\text{Total de activos fijos}}$		100%			100%	Inventario activos fijos

Se realizó en la vigencia 2022 el inventario e identificación de activos a medida que ingresen a la institución, se recomienda actualizar el inventario de activos fijos nuevamente en el primer semestre de 2023, hacer verificación desde la segunda línea de defensa (Subgerencia administrativa y financiera).

Se cumplió la meta para la vigencia



3.2.29. Meta: Actualizar e implementar el plan anticorrupción y de atención al ciudadano

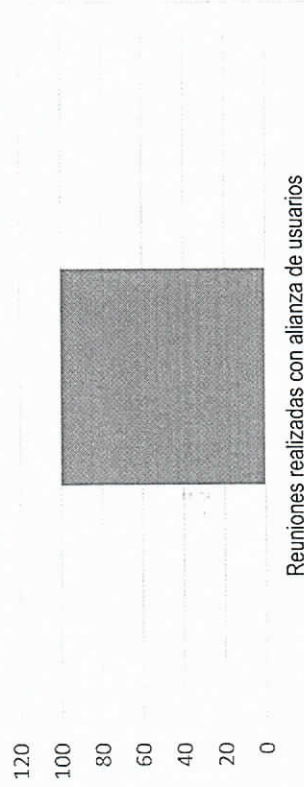
NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LÍNEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Actualizar e implementar el plan anticorrupción y de atención al ciudadano	Garantizar el fomento de la integridad y la transparencia en la gestión de los procesos institucionales	Proporción de cumplimiento de las acciones planteadas en PAAC	N° de acciones implementadas y publicadas en la página web del plan anticorrupción y de atención al ciudadano/N° total de acciones formuladas del plan anticorrupción y de atención al ciudadano		80%		Trimestral	77%	Plan anticorrupción 2022

Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 34}{\text{Denominador } 44} = 77\%$$

Denominador 44

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CUIDADANO 2022



Reuniones realizadas con alianza de usuarios

Se elaboró, proyectó y aprobó el Plan anticorrupción y de atención al ciudadano presentado por el líder de planeación, como parte integral del plan de acción de la E.S.E. para la vigencia 2022, el cual fue socializado y aprobado en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el día 31 de enero y publicado así mismo en la página web de la entidad en la sección de planes

De 44 acciones implementadas en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano se

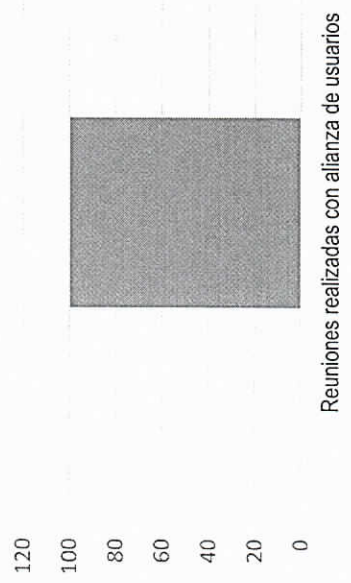
cumplieron 34 actividades con un cumplimiento del 77 %

No Se cumplió a satisfacción la meta proyectada

3.2.30. Meta: Actualizar e implementar el plan de integridad institucional

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Actualizar e implementar el plan de integridad institucional	Garantizar el fomento de la integridad y la transparencia en la gestión de los procesos institucionales	Proporción de cumplimiento de las acciones planteadas en el plan de integridad institucional	N° de acciones implementadas y publicadas en la página web del plan de integridad institucional/N° total de acciones formuladas del plan de integridad institucional		80%			86%	Plan de integridad institucional

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES PLANTEADAS EN EL PLAN DE INTEGRIDAD INSTITUCIONAL



Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 6}{\text{Denominador } 7} = 86 \%$$

El plan de integridad institucional de la vigencia 2022 está encaminado en dar cumplimiento a la

transparencia pasiva y activa según la publicación de los factores ITA, Se ha estado publicando las generalidades de datos abiertos, información básica de la entidad, los planes institucionales, convocatorias públicas y subastas inversas, servicios ofertados, se publica un enlace con redes sociales y se publican las circulares informativas, los informes de control interno

Reuniones realizadas con alianza de usuarios

El código de integridad fue actualizado en el mes de octubre- noviembre, pendiente socialización y aprobación el porcentaje de cumplimiento de la estrategia de integridad es del 86 %. Se cumplió la meta para la vigencia

3.2.31. Meta: Actualizar e implementar el plan de buen gobierno

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Actualizar e implementar el plan de buen gobierno	Garantizar el fomento de la integridad y la transparencia en la gestión de los procesos institucionales	Proporción de cumplimiento de las acciones planteadas en el plan de buen gobierno	N° de acciones implementadas y publicadas en la página web del plan de buen gobierno/N° total de acciones formuladas del plan de buen gobierno		80%			50%	Documentado

El plan de buen gobierno fue documentado en 2022 y está encaminado en dar cumplimiento en 2023 a la transparencia pasiva y activa según la publicación de los factores ITA, Se ha estado publicando las generalidades de datos abiertos, información básica de la entidad, los planes institucionales, convocatorias públicas y subastas inversas, servicios ofertados, se publica un enlace con redes sociales y se publican las circulares informativas, los informes de control interno,

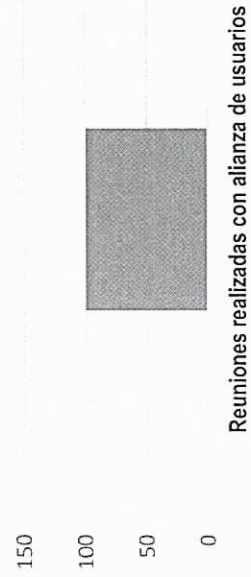
No se cumplió con la meta proyectada.



3.2.32. Meta: Mejorar el sistema de información de la página web

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Mejorar el sistema de información de la página web	Garantizar el fomento de la integridad y la transparencia en la gestión de los procesos institucionales	Proporción de cumplimiento de las acciones planteadas en PAAC	N° de documentos publicados en página web/N° de documentos que requieren publicación en página web		70%			100%	Documentos Cargados en la página web

PORCENTAJE DE DOCUMENTOS PUBLICADOS EN LA PAGINA WEB DE LA ENTIDAD



Se publicó información básica de la entidad, planes institucionales, convocatorias públicas, subastas inversas, circulares normativas e informes de control interno, donde se da un cumplimiento del 100% en la meta

X

3.2.33. Meta: Fortalecer la participación de la veeduría ciudadana y la alianza de usuarios en las actividades de la E.S.E.

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO	24/02/2022		APROBADO POR			
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Fortalecer la participación de la veeduría ciudadana y la alianza de usuarios en las actividades de la ESE	Garantizar el fomento de la integridad y la transparencia en la gestión de los procesos institucionales	Proporción de cumplimiento de las actividades planteadas	Actividades realizadas con alianzas de usuarios/Total de actividades de participación de alianza de usuarios (Rendición de cuentas y seguimiento ejecución plan de desarrollo)		100%			75%	Actas de reuniones 2022

Las reuniones con las alianzas de usuarios fueron coordinadas por el área de SIAU con supervisión de la subgerencia científica, las cuales se realizaron así: (25 de febrero 2022) 07 de marzo 2022) 25 de agosto de 2022) 18 de noviembre 2022, se recomienda proyectar y ejecutar las acciones necesarias para fortalecer la participación ciudadana en la gestión pública. Para la última reunión no se realizaron las actividades debido a que no se pudo llevar acabo la reunión por baja asistencia.

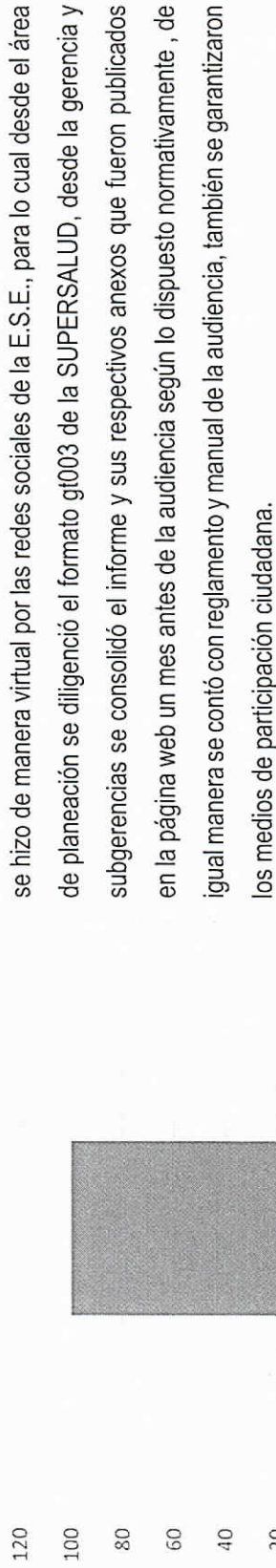
No se cumplió la meta



3.2.34. Meta: Cumplir con la rendición de cuentas anuales según el lineamiento de la función pública

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO	24/02/2022		APROBADO POR			
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Cumplir con la rendición de cuentas anuales según lineamiento de la función pública	Garantizar el fomento de la integridad y la transparencia en la gestión de los procesos institucionales	Audiencia pública de rendición de cuentas	Jornada de rendición de cuentas realizada		1		Anual	100%	Audiencia pública de rendición de cuentas

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS



Se cumplió con la meta proyectada para la vigencia 2022 en un 100%

Reuniones realizadas con alianza de usuarios

X

3.2.35. Meta: Realizar 4 reuniones con alianzas de usuarios cada vigencia

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Realizar 4 reuniones con alianza de usuarios en cada vigencia	Garantizar el fomento de la integridad y la transparencia en la gestión de los procesos institucionales	Reuniones con alianza de usuarios	N° de Reuniones realizadas con alianza de usuarios/ N° de reuniones planeadas con alianza de usuarios		4		trimestral	100%	Actas de reuniones 2022

PORCENTAJE DE REUNIONES CON ALIANZAS DE USUARIOS

Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 4}{\text{Denominador } 4} = 100 \%$$



Las reuniones con las alianzas de usuarios fueron coordinadas por el área de SIAU con supervisión de la subgerencia científica, las cuales se realizaron así: (25 de febrero 2022) 07 de marzo 2022) 25 de agosto de 2022) 18 de noviembre 2022, se recomienda proyectar y ejecutar las acciones necesarias para fortalecer la participación ciudadana en la gestión pública.

Reuniones realizadas con alianza de usuarios

Se cumplió con la meta proyectada para la vigencia

3.2.36. Meta: Fortalecer el programa de información y atención al usuario

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Fortalecer el programa de información y atención al usuario	Garantizar el fomento de la integridad y la transparencia en la gestión de los procesos institucionales		N° de usuarios satisfechos/Tot al de usuarios atendidos		90%			94%	Análisis estadístico del área de calidad

Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 2015}{\text{Denominador } 2127} = 94\%$$

Se realizaron 2080 encuestas para la vigencia 2022, de las cuales dio como resultado 1728 usuarios satisfechos con el servicio y 354 usuarios insatisfechos con el servicio, dando un resultado de satisfacción global del 94 %

No se cumplió la meta para la vigencia



3.2.37. Meta: Estructurar e implementar proceso institucional de mercadeo de servicios de salud

NOMBRE DEL ÁREA									
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022									
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR	
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Estructurar e implementar proceso institucional de mercadeo de servicios de salud	Garantizar el fomento de la integridad y la transparencia en la gestión de los procesos institucionales	Estructurar e implementar proceso institucional de mercadeo de servicios de salud	N° de procedimientos implementados del proceso institucional de mercadeo de servicios de salud/Total de procedimientos del proceso institucional de mercadeo de servicios de salud		50%			50% Proceso contractual con un profesional externo

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACION DE PROCEDIMIENTOS PROCESO INSTITUCIONAL DE MERCADEO DE SERVICIOS DE SALUD

60
50
40
30
20
10
0



Procedimientos mercadeo de servicios de salud

Desde la gerencia se adelantó el proceso contractual con un profesional externo para elaboración de estudio de cargas laborales, para la vigencia 2022 se prioriza esta actividad, se actualiza el marco procedimental de todos los procesos y se consolida el manual de procesos y procedimientos. Se cumplió la meta proyectada para la vigencia 2022

3.2.38. Meta: Elaborar plan de gestión del conocimiento y la innovación

NOMBRE DEL ÁREA									
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022									
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR	
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META META MEN TRIM	META META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIAS
Desarrollo Administrativo	Elaborar plan de gestión del conocimiento y la innovación	Integrar en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación a la prestación de servicios asistenciales	Plan de gestión del conocimiento y la innovación	Plan de gestión de conocimiento y la innovación		100%		0%	Sin evidencia

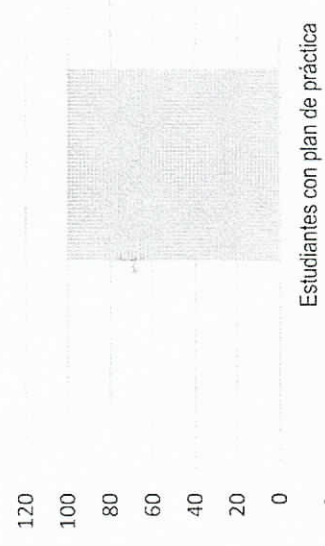
La subgerencia administrativa y financiera con la asesoría del área de planeación documentará el plan en conformidad con los lineamientos de la política MIPG de gestión de conocimiento y la innovación. No Se cumplió con la meta proyectada

3.2.39. Meta: Verificar que las universidades con las que se tiene convenio docencia-asistencial garanticen la presentación de planes de práctica.

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo Administrativo	Verificar que las universidades con las que se tiene convenio docencia-asistencial garanticen la presentación de los planes de práctica	Integrar en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación a la prestación de servicios asistenciales	Plan de práctica en el marco de los convenios docencia-servicio	estudiantes con plan de práctica/Total de grupos de estudiantes		100%	100%		100%	Subgerencia Científica/ Documentado

PORCENTAJE PLAN DE PRÁCTICA EN EL MARCO DE LOS CONVENIOS DOCENCIA- SERVICIO

Todos los estudiantes de la UPTC (enfermería y medicina) y UNIBOYACÁ (Medicina) en el marco de los convenios docencia- servicio cuentan con plan de práctica, situación que se verifica en los comités docencia- servicio con cada universidad. Se cumplió la meta para la vigencia



Estudiantes con plan de práctica

3.3. Línea Estratégica Infraestructura

3.3.1. Meta: Acompañar y apoyar el concepto de viabilidad técnica del Ministerio de Salud y Protección Social

4. NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LÍNEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Infraestructura	Acompañar y apoyar el concepto de viabilidad técnica del ministerio de salud y protección social	Mejorar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Concepto de viabilidad técnica del Ministerio de Salud y Protección Social	Concepto de viabilidad técnica del ministerio		Concepto de viabilidad técnica del ministerio			50%	Documentado

El proyecto se radica en octubre de 2020, se obtiene respuesta en febrero de 2021 dando concepto desfavorable con observaciones para subsanar, la gestión al respecto se adelantó en lo que respecta al alcance de los consultores originales del proyecto y los puntos que estaban fuera del alcance fueron contratados con un profesional externo, el 29 de septiembre del año 2022 se envían observaciones subsanadas y se está en la espera de la respuesta del concepto técnico del ministerio de salud,

**PORCENTAJE DE AVANCE
CONCEPTO DE
VIABILIDAD TECNICA 2022**



X

3.3.2. Meta: Coadyuvar la gestión de recursos para la construcción del proyecto constructivo.

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Infraestructura	gestión de recursos para la construcción del proyecto constructivo	Mejorar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Disponibilidad de recursos	Certificado de disponibilidad de recursos respecto al valor total del proyecto		10%			0%	Sin evidencia

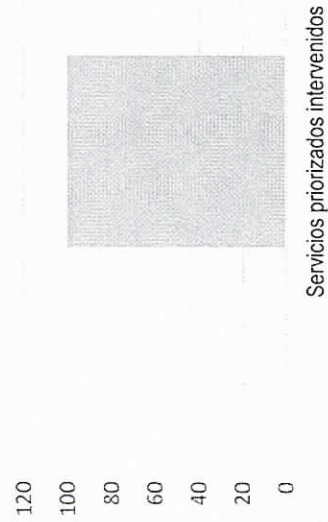
No se ha obtenido disponibilidad presupuestal.

No se cumplió la meta para la vigencia

3.3.3. Meta: Adecuar la infraestructura por servicio para mantener condiciones dignas de atención priorizando servicios. - Diagnóstico de infraestructura

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Infraestructura	Adecuar la infraestructura por servicio para mantener condiciones dignas de atención priorizando servicios	Mejorar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Proporción de servicios priorizados intervenidos	Servicios a los que se les realizó diagnóstico sobre privacidad y confort de la infraestructura/Total de servicios priorizados		100%	100%		100%	Informes de mantenimiento

PROPORCIÓN DE SERVICIOS PRIORIZADOS INTERVENIDOS



Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 3}{\text{Denominador } 3} = 100\%$$

Se realizaron acciones de mantenimiento para mejorar la calidad de confort de los usuarios, restaurante nuevo para pacientes hospitalizados, mantenimiento de condiciones locativas de las habitaciones, tejas de la institución. Se cumplió la meta para la vigencia

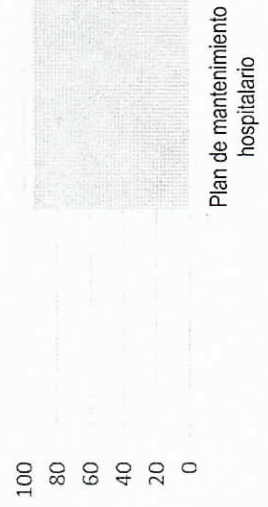
X

3.3.4. Meta: Adecuar la infraestructura por servicio para mantener condiciones dignas de atención priorizando servicios-plan de mantenimiento hospitalario

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Infraestructura	Adecuar la infraestructura por servicio para mantener condiciones dignas de atención priorizando servicios	Mejorar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Proporción de servicios priorizados intervenidos	N° de Actividades de mantenimiento ejecutadas/Tota l de actividades del plan de mantenimiento hospitalario		90%			95%	Informes de mantenimiento Auditoria

PROPORCIÓN DE SERVICIOS PRIORIZADOS INTERVENIDOS

Se implementó en un 95% el Plan de Mantenimiento Hospitalario para la vigencia 2022, se elaboró informe de mantenimiento hospitalario año 2022, junto con el área de Calidad de la Institución. Se cumplió la meta para la vigencia



[Handwritten signature]

3.3.5. Meta: Planear y elaborar el PETI

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Infraestructura	Planear y elaborar el PETI	Mejorar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Elaboración documento PETI	PETI Documentado		PETI Documentado			100%	Pagina Web

Diagnóstico de implementación de criterios de accesibilidad web en conformidad con la NTC5854, documentado y aprobado.

PROPORCION ELABORACIÓN DOCUMENTO PETI



X

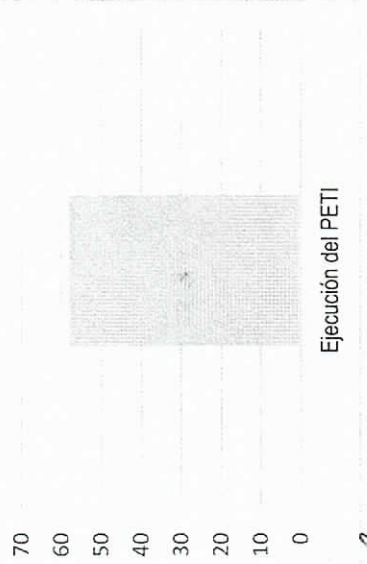
3.3.6. Meta: Implementar el PETI

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Infraestructura	Implementar el PETI	Mejorar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Porcentaje de ejecución del PETI	N° de lineamientos ejecutados en el PETI/Total de lineamientos del PETI		75%			58%	Evaluación Plan Institucional 2022

Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 18}{\text{Denominador } 31} = 58\%$$

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL PETI



Formula del indicador
 Numerador 18
 ----- = 58%
 Denominador 31
 E porcentaje promedio de implementación del Plan PETI es de **58%** teniendo en cuenta que es la primera vez que la E.S.E. ejecuta un plan estratégico de las Tecnologías de la Información, lo cual deja una línea base importante para avanzar en la implementación de la política MIPG de gobierno digital. No se cumplió la meta

f

3.3.7. Meta: Definir actualización o cambio del software y /o sistemas de información como mecanismo para mantener la información institucional.

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Infraestructura	Definir actualización o cambio del software y/o sistemas de información como mecanismo para mantener la información institucional	Mejorar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Documento técnico	Estudio de viabilidad técnico y financiero		Estudio de viabilidad			0%	Sin evidencia

El área de sistemas y la subgerencia administrativa y financiera realizara la elaboración del documento de viabilidad para lo cual tomaran como insumo las necesidades y dificultades con el software actual
 NO Se cumplió con la meta proyectada.

3.3.8. Meta: Actualizar las necesidades de hardware Institucional (Computadores, Servidor, Circuito cerrado de Tv, Impresora y escáner, disco duro y otros)

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Infraestructura	Actualizar las necesidades de hardware Institucional (Computadores, Servidor, Circuito cerrado de Tv, Impresora y escáner, disco duro y otros)	Mejorar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Equipos actualizados	Equipos actualizados		25			100%	Necesidades aprobadas 2022

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FISICA Y TECNOLÓGICA

En la vigencia 2022 se adquirieron 20 equipos de cómputo y 20 cámaras de seguridad de igual manera se realizó la implementación del IPV6 en los equipos de la institución
Se está cumpliendo ampliamente la meta

200

100

0

Mejoramiento la infraestructura física y tecnológica institucional

3.3.9. Meta: Implementar el modelo de seguridad y privacidad de la información

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Infraestructura	Implementar el modelo de seguridad y privacidad de la información	Mejorar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	Porcentaje de ejecución del MSPI	N° guías del modelo implementadas (MSPI)/Total de guías del modelo (MSPI)		35%			50%	Plan MSPI

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL MODELO DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION



Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 7}{\text{Denominador } 14} = 50\%$$

Denominador 14

El área de sistemas ejecutó el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información en un 50 %, teniendo en cuenta que esta primera vez que la E.S.E. ejecuta un plan de seguridad y privacidad de la información, lo cual deja una línea base, importante para avanzar en la implementación de la política MIPG de gobierno digital.

El porcentaje promedio de implementación del Plan es de **50%**

X

3.4. Línea Estratégica de Desarrollo de Servicios

3.4.1. Meta: Actualizar el modelo de prestación de servicios en salud mental-socialización.

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		24/02/2022		APROBADO POR				
LÍNEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES Y / O RECOMENDACIONES
Desarrollo de Servicios	Actualizar el modelo de prestación de servicios en salud mental	Dirigir la prestación de servicios hacia la atención primaria en salud mental con un enfoque que dignifique y elimine el estigma del paciente favoreciendo su rehabilitación integral	Proporción de personas a los que se socializó el modelo	N° de personas a las que se socializó el modelo de prestación de servicios/Total de personal de la entidad		100%	100%		100%	Listado de asistencia

PORCENTAJE DE PERSONAS A LOS QUE SE HA SOCIALIZÓ EL MODELO

120
100
80
60
40
20
0



Modelo de prestación de servicios en salud mental

Se socializa el modelo desde la subgerencia científica y evaluándolo desde la auditoría en salud, planteando acciones que propendan por la adherencia del mismo, se recomienda socializar nuevamente la actualización del modelo de prestación de servicios de salud al personal de la entidad. Se cumplió la meta para la vigencia

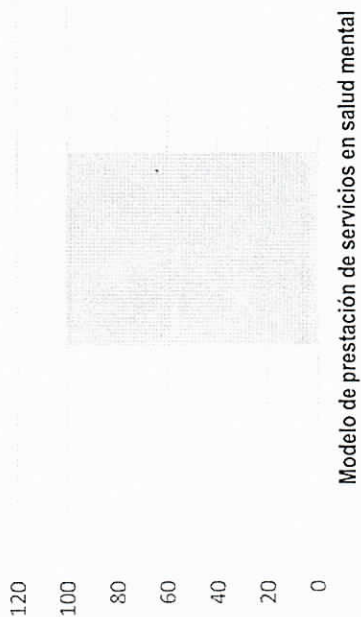
X

3.4.2. Meta: Actualizar el modelo de prestación de servicios en salud mental-Implementación

NOMBRE DEL ÁREA									
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022									
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR	
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META TRIMEN	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Actualizar el modelo de prestación de servicios en salud mental	Dirigir la prestación de servicios hacia la atención primaria en salud mental con un enfoque que dignifique y elimine el estigma del paciente favoreciendo su rehabilitación integral	Proporción de procesos en los que se implementó el modelo	N° de procesos del área asistencial en donde se implementó el modelo/Total de procesos del área asistencial	100%	100%		100%	Documentado Oficina de Calidad

Se encuentra documentado, Se implementó el modelo en los 5 procesos del área asistencial, su adherencia se está midiendo desde el área de auditoría en salud pendiente actualización donde se proyecta incluir protocolo de atención por psicología clínica y plan de intervención desde el área de trabajo social para el ese centro de rehabilitación integral de Boyacá, Se cumplió con la meta proyectada en un 100%

PORCENTAJE DE PROCESOS EN LOS QUE SE IMPLEMENTÓ EL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL

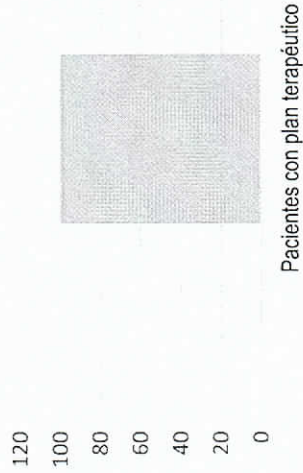


X

3.4.3. Meta: Fortalecer los procesos de rehabilitación en salud mental

NOMBRE DEL ÁREA									
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022									
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR	
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META META TRIM ANUAL	META META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Fortalecer los procesos de rehabilitación en salud mental	Dirigir la prestación de servicios hacia la atención primaria en salud mental con un enfoque que dignifique y elimine el estigma del paciente favoreciendo su rehabilitación integral	Proporción de pacientes con plan terapéutico	N° de pacientes en internación con un plan terapéutico de rehabilitación integral en ejecución/Total de pacientes en internación	100%	100%		100%	Historia clínica

PORCENTAJE DE PACIENTES CON PLAN TERAPÉUTICO



Se cumplió la meta

Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 1276}{\text{Denominador } 1276} = 100\%$$

Todo el paciente cuenta con un plan terapéutico con un enfoque de atención primaria en conformidad con el modelo integral con enfoque diferencial en salud mental de la E.S.E., para lo cual cuentan con un grupo interdisciplinar en salud para su atención, trabajo social, psicología, terapia ocupacional y un licenciado en educación física,

3.4.4. Meta: Fortalecer el vínculo familiar y comunitario del paciente

NOMBRE DEL ÁREA									
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022									
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR	
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META TRIMEN	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Fortalecer el vínculo familiar y comunitario del paciente	Dirigir la prestación de servicios hacia la atención primaria en salud mental con un enfoque que dignifique y elimine el estigma del paciente favoreciendo su rehabilitación integral	Proporción de pacientes con interacción familiar y comunitaria	N° de pacientes en internación con actividades de interacción familiar y comunitaria ejecutadas/Total de pacientes de internación	90%	90%		100%	Historia clínica y listado de asistencia

PORCENTAJE DE PACIENTES CON INTERACCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA



Formula del indicador

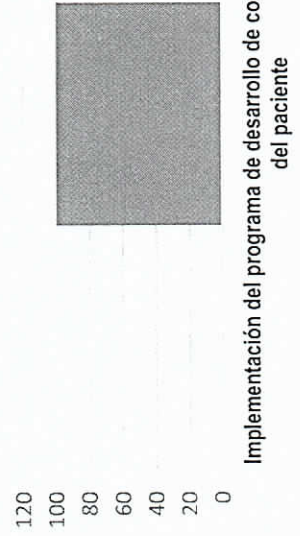
$$\frac{\text{Numerador } 1276}{\text{Denominador } 1276} = 100\%$$

Se cumplió con la meta proyectada, ya que el 100% de los pacientes de internación reciben las actividades inherentes a la interacción familiar, la cual contribuye a la rehabilitación integral del paciente

3.4.5. Meta: Implementar un programa de desarrollo de competencias y habilidades del paciente

NOMBRE DEL ÁREA									
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022									
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR	
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META META MEN TRIM ANUAL	META META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Implementación del programa de desarrollo de competencias y habilidades del paciente	Dirigir la prestación de servicios hacia la atención primaria en salud mental con un enfoque que dignifique y elimine el estigma del paciente favoreciendo su rehabilitación integral	Programa de desarrollo de competencias y habilidades del paciente implementado	Implementación del programa de desarrollo de competencias y habilidades del paciente	Implementado	Implementado		100%	Documentado área de TO

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS Y HABILIDADES DEL PACIENTE



El programa de desarrollo de competencias y habilidades del paciente se documentó y se ha venido desarrollando con cursos dirigidos a los pacientes de larga estancia en condición de inimputables, por parte del Sena. Se cumplió con la meta proyectada

[Handwritten signature]

3.4.6. Meta: Formulación e implementación del plan de promoción y prevención de la salud mental.

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO	24/02/2022		APROBADO POR			
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Formulación e implementación del plan de Promoción, prevención y protección de la salud mental	Dirigir la prestación de servicios hacia la atención primaria en salud mental con un enfoque que dignifique y elimine el estigma del paciente favoreciendo su rehabilitación integral	Proporción de programas de promoción y prevención de la salud mental implementados	N° de programas del plan de Promoción, prevención y protección de la salud mental/Total de actividades del Promoción, prevención y protección de la salud mental		50%			100%	Documentado Oficina de Calidad

Se desarrolló a nivel interno con la programación de actividades propias del modelo de atención en salud mental de procesos como: Psicoterapias Familiares, Actividades socioeducativas, Psicoterapias Individuales, Talleres Grupales que permiten que los pacientes con atención a nivel hospitalario reciban orientación y educación de manera individual y/o grupal, descritas y soportadas en ítems anteriores Además, Desde la subgerencia científica se realizó el acompañamiento en la programación de las actividades factible

PORCENTAJE DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL IMPLEMENTADOS

150
100
50
0

Programas de promoción y prevención de la salud mental implementados

X

3.4.7. Meta: Desarrollo de programas de fortalecimiento de cada uno de los servicios institucionales

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Desarrollo de programas de fortalecimiento de cada uno de los servicios institucionales	Dirigir la prestación de servicios hacia la atención primaria en salud mental con un enfoque que dignifique y elimine el estigma del paciente favoreciendo su rehabilitación integral	Proporción de desarrollo de programas de fortalecimiento institucional	N° de programas de fortalecimiento implementados/ Total de servicios		50%			100%	Documentado Oficina de Calidad

Se considera con un avance del 100% se realizó una revisión de las actividades a desarrollar por las especialidades y servicios que se prestan en la institución optimizando las mismas y fortaleciéndolas encaminadas a la atención en salud mental, las cuales se registran en el Modelo Integral De Atención Con Enfoque Diferencial En Salud Mental Código: MO-PS-IA-001, por cada uno de las modalidades de atención ambulatoria y Hospitalaria. Se cumplió con la meta proyectada

PROPORCION DE PROGRAMAS DE FORTALECIMIENTO DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES

150
100
50
0

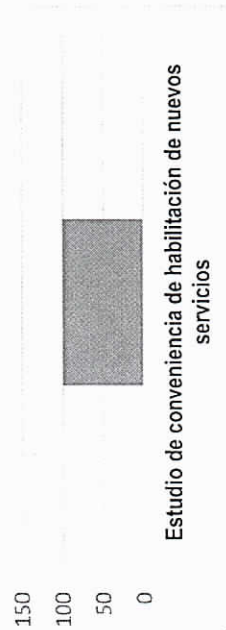
Fortalecimiento de cada uno de los servicios institucionales

3.4.8. Meta: Elaborar estudio de conveniencia de habilitación de nuevos servicios

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Elaborar estudio de conveniencia de habilitación de nuevos servicios	Dirigir la prestación de servicios hacia la atención primaria en salud mental con un enfoque que dignifique y elimine el estigma del paciente favoreciendo su rehabilitación integral	Estudio de conveniencia de habilitación de nuevos servicios	Estudio de conveniencia de habilitación de nuevos servicios		Estudio de conveniencia de habilitación de nuevos servicios			100%	Oficina de Subcientífico

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ESTUDIO DE CONVENIENCIA DE HABILITACIÓN DE NUEVOS...

Se encuentra estudio de conveniencia de habilitación de nuevos servicios, en la vigencia, se recomienda que desde la gerencia aunar esfuerzos para garantizar las condiciones de habilitación que permitan abrir nuevos servicios, teniendo en cuenta la realidad presupuestal de la E.S.E



X

3.4.9. Meta: Habilitar nuevos servicios de acuerdo con los resultados del estudio de conveniencia

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Habilitar nuevos servicios de acuerdo a los resultados del estudio de conveniencia	Dirigir la prestación de servicios hacia la atención primaria en salud mental con un enfoque que dignifique y elimine el estigma del paciente favoreciendo su rehabilitación integral	Proporción de nuevos servicios habilitados	N° de nuevos servicios habilitados/Tota l de nuevos servicios a habilitar de acuerdo a estudio de conveniencia		>= 50%			0	Sin evidencia

No se encuentra estudio de conveniencia de habilitación de nuevos servicios, en la vigencia, se recomienda que desde la gerencia aunar esfuerzos para garantizar las condiciones de habilitación que permitan abrir nuevos servicios, teniendo en cuenta la realidad presupuestal de la E.S.E.



3.4.10. Meta: Implementar y mantener el cumplimiento de estándares de habilitación

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LÍNEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Implementar y mantener el cumplimiento de los estándares de habilitación	Dirigir la prestación de servicios hacia la atención primaria en salud mental con un enfoque que dignifique y elimine el estigma del paciente favoreciendo su rehabilitación integral	Autoevaluación de habilitación	Autoevaluación de habilitación sobre el total de servicios		75%			100%	Autoevaluación documentada según los estándares de la Resolución 3100 de 2019,

PORCENTAJE DE AUTOEVALUACIÓN DE HABILITACIÓN SOBRE EL TOTAL...



Desde el área de calidad se hizo la autoevaluación según los estándares de la Resolución 3100 de 2019, Seguir verificando desde el área de calidad con el liderazgo de las subgerencias el aumento del porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación. Se cumplió la meta proyectada.

[Handwritten signature]

3.4.11. Meta: Presentar autoevaluación anual de estándares de acreditación

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LÍNEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Presentar autoevaluación anual de estándares de acreditación	Alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de salud minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Autoevaluación de estándares de acreditación según indicador 1 de Resolución 408 de 2018	Autoevaluación de estándares de acreditación		>=1,2			100%	Estándares Resolución 408 de 2018

Desde el área de calidad se hizo la evaluación según los estándares de mejoramiento de calidad, este indicador se calcula según la Resolución 408 de 2018 en la cual se compara el estándar del año presente dividido entre la evaluación del año, debido a que el indicador de evaluación es tan favorable, lo que se recomienda ir apuntando a la acreditación institucional

Se cumple la meta



3.4.12. Meta: Implementar PAMEC

NOMBRE DEL ÁREA									
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022									
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR	
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META META MEN TRIM	META META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Implementar PAMEC	Alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de salud minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Porcentaje de implementación del PAMEC	N° de acciones de mejora implementadas de PAMEC/Total de acciones de mejora proyectadas del PAMEC	>=90%			100%	PAMEC

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC

Formula del indicador

Numerador 92

----- = 100%

Denominador 92

Para la vigencia 2022 se logró la implementación de 92 acciones dando un resultado del 100% del PAMEC, se revisaron los estándares desde calidad para el reporte del informe PAMEC el cual fue entregado en los tiempos dispuestos por el ente territorial y con acta de revisión por parte del área de Pamec de la secretaria.

Se cumplió la meta para la vigencia



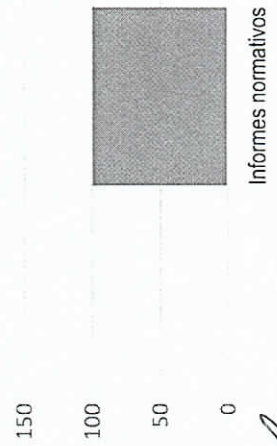
Porcentaje de implementación del PAMEC

X

3.4.13. Meta: Cumplir con los reportes de información solicitados por los entes de control

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Cumplir con los reportes de información solicitados por los entes de control	Alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de salud minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Cargue oportuno de los informes normativos	Cumplimiento de entrega oportuna de informes e 2193 y de circular única			Cumplimiento		100%	INFORMES REPORTADOS

PORCENTAJE DE CARGUE OPORTUNO DE LOS INFORMES NORMATIVOS



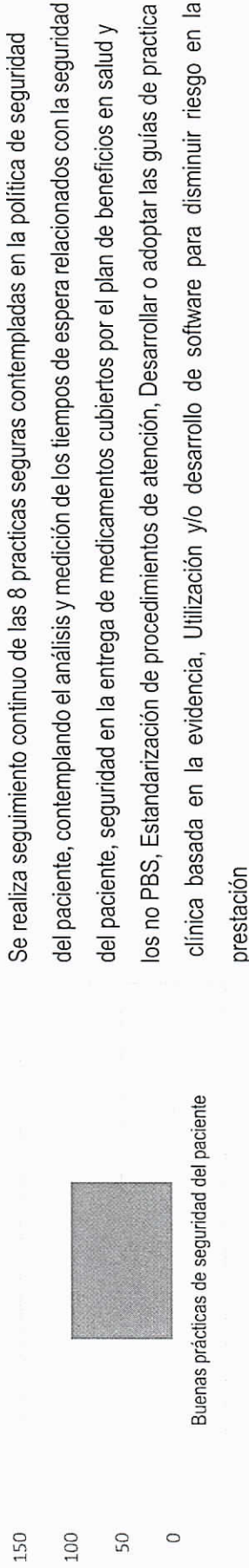
Se cargaron todos los informes requeridos de manera oportuna, esto se supervisa directamente por la subgerencia administrativa y financiera y se certifica desde revisoría fiscal. Se cumplió con la meta proyectada.

Para vigencia 2022 se cumplió la meta

3.4.14. Meta: Implementar las buenas prácticas de seguridad del paciente

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Implementar las buenas prácticas de seguridad paciente	Alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de salud minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Implementación de buenas prácticas de seguridad del paciente	N° de prácticas prioritizadas implementadas/ N° prácticas prioritizadas	100%	100%			100%	Documentado por Área de Seguridad del Paciente

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



del servicio, Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud, Faramacovigilancia-tecnologica vigilancia-Reactivo vigilancia, garantizando condiciones seguras para la atención con los pacientes en la institución

Se cumplió con la meta proyectada

3.4.15. Meta: Obtener certificación de buenas prácticas de elaboración de acuerdo con el parágrafo 5 del artículo 11 del Decreto 2200 de 2005 y Resolución 1403 de 2007

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Obtener certificación de buenas prácticas de elaboración de acuerdo con el parágrafo 5 del artículo 11 del Decreto 2200 de 2005 y resolución 1403 de 2007	Alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de salud minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Certificación de buenas prácticas (Farmacia)	N° de prácticas priorizadas implementadas/ N° prácticas priorizadas		100%			0	Sin evidencia

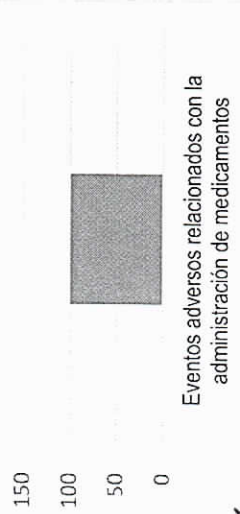
De acuerdo con las restricciones presupuestales no fue posible adelantar esta acción. Aun así, se ha mejorado aspectos del servicio farmacéutico como la adecuación locativa de las instalaciones, se mejoró el proceso de unidoisis y se cuenta con más personal para contar con el servicio 24 horas No se tiene certificación No se cumplió con la meta proyectada.



3.4.16. Meta: Disminuir la incidencia de eventos adversos asociados a la administración de medicamentos y de caída de pacientes-administración de medicamento

NOMBRE DEL ÁREA							
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022							
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:	SEGUNDO JACINTO	24/02/2022		APROBADO POR	
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META META MEN TRIM ANUAL	META META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO
Desarrollo de Servicios	Disminuir la incidencia de eventos adversos asociados a administración de medicamentos y caída de pacientes	Alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de salud minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Proporción de eventos adversos relacionados con administración de medicamentos de la administración de medicamentos	N° de eventos adversos asociados a administración de medicamentos/ Total de eventos adversos	≤13%		100%
							Matriz Oficina de Calidad

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA META PROYECTADA



Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 2}{\text{Denominador } 36} = 5\%$$

Se corrige la formulación de la meta a cumplir ya que se trata del seguimiento a eventos adversos en relación a efectos secundarios de medicamentos los cuales deben seguir en su totalidad y realizar el análisis pertinente de acuerdo a lo establecido en el manual de farmacovigilancia - Se cumplió con la meta proyectada

X

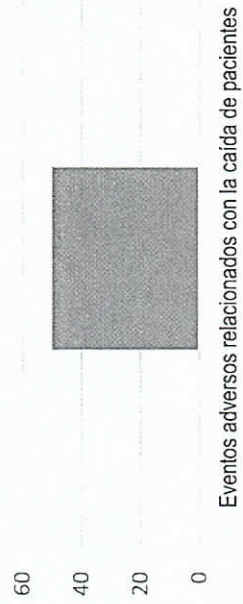
3.4.17. Meta: Disminuir la incidencia de eventos adversos asociados a la administración de medicamentos y de caída de pacientes-caída de pacientes

NOMBRE DEL ÁREA									
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022									
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JAGINTO		24/02/2022		APROBADO POR	
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META TRIM ANUAL	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Disminuir la incidencia de eventos adversos asociados a administración de medicamentos y caída de pacientes	Alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de salud minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Proporción de eventos adversos relacionados con la caída de pacientes	$\frac{\text{N° de eventos adversos asociados a caída de pacientes}}{\text{Total de eventos adversos}} \leq 18\%$		50%	Matriz Oficina de Calidad		

Formula del indicador

$$\frac{\text{Numerador } 18}{\text{Denominador } 36} = 50\%$$

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA META



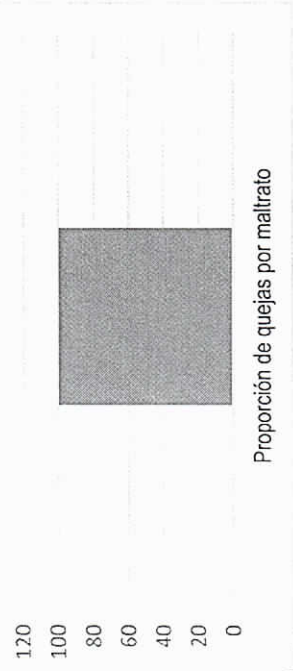
Se realiza seguimiento capacitación y evaluación de la escala de riesgo de caída, lo que permitió realizar un análisis oportuno frente al riesgo de los pacientes, se continuara con el análisis y trabajo para disminuir eventos adversos asociados al riesgo de caídas
No se cumplió con la meta proyectada

3.4.18. Meta: Disminuir la proporción de las quejas por maltrato de las quejas de la prestación

NOMBRE DEL ÁREA									
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022									
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR	
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META META MEN TRIM	META META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Disminuir la proporción de las quejas por maltrato de las quejas por prestación del servicio	Alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de salud minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Proporción de quejas por maltrato	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de quejas por maltrato en la prestación del servicio}}{\text{Total de quejas por prestación del servicio}}$	30%			100%	SIAU

Numerador 0
 ----- = 0%
 Denominador 74

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA META PROYECTADA



Para la vigencia 2022 se presentaron 74 quejas notificadas por el área de SIAU, de las cuales se presentaron 0 quejas por maltrato a prestación del servicio. Se cumplió la meta.

[Handwritten signature]

3.4.19. Meta: Aumentar la satisfacción de los usuarios relacionada con el confort y buen trato en las unidades.

NOMBRE DEL ÁREA									
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022									
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR	
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Aumentar la satisfacción de los usuarios relacionada con el confort y buen trato en las unidades de atención	Alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de salud minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Proporción de colaboradores encuestados en lineamiento instruccional de reducción del estigma	N° de usuarios satisfechos sobre confort y buen trato encuestados/Total de usuarios	15%	100%			

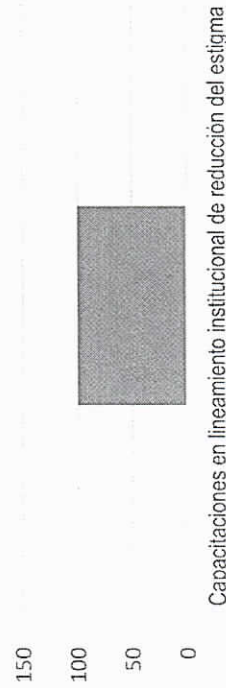
Se cumplió con la meta proyectada, el 45% de los usuarios esta satisfechos sobre el confort y el buen trato

3.4.20. Meta: Capacitar al talento humano sobre la dignificación del paciente mental y reducción del estigma

NOMBRE DEL ÁREA									
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022									
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR	
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META META MEN TRIM ANUAL	META META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Capacitar al talento humano sobre dignificación del paciente mental y reducción del estigma	Alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de salud minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Proporción de colaboradores capacitados en lineamiento institucional de reducción del estigma	N° de colaboradores capacitados en dignificación y disminución del estigma del paciente mental/Total colaboradores de la entidad				100%	Listas de asistencia

Se considera ejecución del 100% Se realiza capacitación a cliente interno y externo a través de capacitación al talento humano en salud de: Programa de Acción para superar las brechas en salud mental de la OMS (mhGAP) y realización de Entrenamiento Programa de Acción "TREATNET" por grupos cada uno de 25 profesionales en los cuales se realiza énfasis en la dignificación y reducción de estigma de pte en salud mental y de campañas masivas por redes sociales para concientización de reducción de estigma, aunado a la capacitación que desde el área de calidad se ha liderado hacia el personal asistencial
Se cumplió con la meta proyectada

PORCENTAJE DE COLABORADORES CAPACITADOS EN LINEAMIENTO INSTITUCIONAL DE REDUCCIÓN DEL ESTIGMA



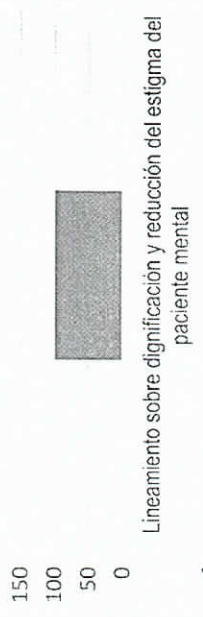
[Handwritten signature]

3.4.21. Meta: Establecer lineamiento institucional sobre dignificación y reducción del estigma del paciente de salud mental

NOMBRE DEL ÁREA										
MATRIZ DE PROGRAMACION Y EJECUCION PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										
FECHA ELABORACION		ELABORÓ:		SEGUNDO JACINTO		24/02/2022		APROBADO POR		
LINEA ESTRATEGICA	META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META MEN	META TRIM	META ANUAL	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Desarrollo de Servicios	Establecer lineamiento institucional sobre dignificación y reducción del estigma del paciente mental	Alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de salud minimizando los riesgos para el paciente y su familia	Lineamiento sobre dignificación y reducción del estigma del paciente mental	Lineamiento sobre dignificación y reducción del estigma del paciente mental			Lineamiento sobre dignificación y reducción del estigma del paciente mental		100%	Documentado Área de Calidad/ Subcientífico

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL LINEAMIENTO INSTITUCIONAL SOBRE DIGNIFICACIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTIGMA...

Desde la subgerencia científica se documentó el lineamiento institucional sobre dignificación y reducción del estigma del paciente mental en el marco del modelo de atención diferencial en salud mental de la E.S.E.
Se cumplió con la meta proyectada.



[Handwritten signature]

4. Resultados Generales

De las 76 metas estructuradas en el Plan de Desarrollo Institucional, en sus 4 líneas estratégicas se evidencia cumplimiento en 66 metas según lo proyectado, por lo tanto, el porcentaje de ejecución del plan para la vigencia 2022 fue de un 77%



Cesar David Parra Guerrero
Asesor de planeación



Segundo Jacinto Pérez Archila
Subgerente Administrativo y Financiera