

# RENDICIÓN DE LA CUENTA ANUAL ANTE LA CONTRALORÍA GENERAL DE BOYACÁ

## INFORME DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

### 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. Gestión enero-junio 2020

De acuerdo a lo anterior expuesto, la gestión institucional correspondiente a los dos primeros trimestres del año 2020 corresponde a la gestión realizada por la anterior gerencia, que hace entrega a la gerencia actual el día 16 de mayo de 2020, por tanto, para los dos primeros trimestres se anexa el plan operativo que aplica para estos. (Anexo en Excel POA TRISMESTRE 1 Y 2 DE 2020)

El plan operativo de los dos últimos trimestres hace referencia al POA que se encuentra en el plan de desarrollo 2020-2023 que fue aprobado el 17 de julio de 2020 por la junta directiva de la entidad, por esta razón este plan operativo se implementa a partir del 01 de agosto de 2020.

Para el seguimiento y análisis de los indicadores de plan de desarrollo objeto del presente informe, se analizarán los indicadores que tengan algún porcentaje de ejecución en la vigencia 2020.

### **3. Plan de desarrollo institucional 2020-2023**

La junta directiva de la empresa mediante Acuerdo N° 100.03.01.03 del 17 de julio de 2020 aprobó el plan de desarrollo institucional de la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá 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 planteada 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 diagnóstico organizacional cultural. (Mediante metodología de Khandwalla)
2. Realizar diagnóstico 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.

### **4. Plataforma estratégica plan de desarrollo**

#### **4.1. OBJETIVOS ESTRATEGICOS**

Tabla 1. Líneas y objetivos estratégicos.

LINEAS ESTRATEGICAS	OBJETIVOS ESTRATEGICOS
---------------------	------------------------

<b>Talento Humano</b>	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
<b>Desarrollo Administrativo</b>	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
<b>Infraestructura</b>	Mejorar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud
<b>Desarrollo de Servicios</b>	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

#### 4.2. 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

#### 4.3. 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.

#### 4.4. PRINCIPIOS Y VALORES CORPORATIVOS

1. **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.
2. **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.
3. **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.

4. **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.
5. **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.
6. **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.

#### 4.5. 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.

#### 5. GESTION POR INDICADORES

La gestión por indicadores es utilizada para poder medir el cumplimiento de objetivos institucionales, estos miden el porcentaje de cumplimiento de la ejecución de estos, para lo cual en el plan de

desarrollo se utiliza la herramienta de planificación estratégica denominada POA (Plan Operativo Anual) el cual desglosa la estrategia a través de políticas, planes y metas, los indicadores miden el cumplimiento de estas últimas.

Para efectos del presente informe de cuenta anual se presentan las metas con su respectivo indicador que tienen algún porcentaje de cumplimiento durante la vigencia 2020, como se expuso en el numeral 2 del presente informe.

## **6. INDICADORES QUE APLICAN PARA LA VIGENCIA 2020**

De acuerdo a las líneas estratégicas se presentan el comportamiento de cada uno de los indicadores que aplican para la vigencia 2020.

## 6.1. Línea Estratégica de Talento Humano

### 1. Meta: Actualizar PETH alineándolo con MIPG.

1. PETH Actualizado									
NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	Meta	GRAFICA
FORMULA	Documento actualizado, aprobado y publicado	Aprobacion y cumplimiento	50				50	1. Actualizar PETH	
			100				100		
		Resultado	50%				50,00		
<b>ANALISIS</b>									
Se revisó el Plan Estratégico de Talento Humano presentado por la subgerencia administrativa y financiera ( Líder del proceso de talento humano en la institución) el cual no cumplía en su totalidad con los linamientos de la política de talento humano de MIPG, por lo cual se observó que el plan que debe publicarse a más tardar el 31 de enero en conformidad con la normatividad vigente debe ajustarse y actualizarse. Este plan aplicará para la vigencia 2021 y debe actualizarse cada vigencia de acuerdo a las disposiciones normativas y necesidades de la empresa.									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Actualizar el PETH de acuerdo a las observaciones realizadas, el cual debe adaptarse a los dispuesto por MIPG y publicarse a más tardar el 31 de enero de 2021									

Se cumplió parcialmente con la meta planteada, es decir faltó un 50%.

## 6.2. Línea Estratégica de Desarrollo Administrativo

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

2. Diagnosticar procesos institucionales

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	TOTAL				Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC		
FORMULA	Porcentaje de procesos diagnosticados en la entidad	N° de procesos institucionales diagnosticados	13				Diagnosticar el estado actual del marco procedimental institucional por procesos en un 30%	
		N° total de procesos	17					
		<b>Resultado</b>	<b>76%</b>					
<b>ANALISIS</b>								
Se hicieron mesas de trabajo en los meses de agosto y diciembre de 2020 con cada uno de los líderes de proceso institucional según mapa de procesos, en el cual se capacitó sobre procesos y gestión integral de riesgos, así como se levantó un diagnostico de la situación actual de los procesos y procedimientos , así como los riesgos asociados a cada uno.								
<b>PLANES DE ACCION</b>								
Documentar cada uno de los procesos diagnosticados, así como diagnosticar los faltantes, con el fin de actualizar el mapa de procesos de la entidad de acuerdo a la realidad organica de cada uno, documentando cada procedimiento con los riesgos asociados en cada etapa,para establecer los puntos de control perentorios								

Se cumplió a satisfacción la meta, superando ampliamente el estándar planteado

2. **Meta:** Gestionar anualmente la herramienta de autodiagnóstico de MIPG

### 3. Autodiagnostico MIPG

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Porcentaje de autodiagnosticos MIPG gestionados	N° de herramientas de autodiagnostico MIPG gestionadas	14				14	Gestionar anualmente la herramienta de autodiagnostico de MIPG en un 30%	
		N° de herramientas de autodiagnostico MIPG	18				18		
		<b>Resultado</b>	<b>78%</b>				<b>77,78</b>		
<b>ANALISIS</b>									
La oficina de planeación diligenció 14 autodiagnosticos referentes a las politicas de MIPG									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Evaluar las herramientas de autodiagnostico según lo planteado en los planes institucionales, articulando las acciones de mejora con el fin de implementar MIPG en una mayor medida en la institución. Establecer planes de mejoramiento de acuerdo a las observaciones de FURAG.									

Se cumplió a satisfacción la meta, superando ampliamente el estándar planteado

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

4. Plan Institucional de Recursos Financieros (GIRF)

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Porcentaje de implementación de GIRF	N° de actividades GIRF implementados	1				1	Creacion e implementacion del plan de gestion institucional de recursos financieros (GIRF) en un 20%	<p>A bar chart with a vertical axis from 0% to 12% in 2% increments. The horizontal axis lists months SEP, OCT, NOV, and DIC. A single blue bar for SEP reaches the 11.11% mark.</p>
		N° de actividades GIRF	9				9		
		<b>Resultado</b>	11%				11,11		
<b>ANALISIS</b>									
De los nueve subprocesos asociados al área financiera se elaboró y aprobó un manual ( Inventarios [Consumo y activos fijos] ) los cuales contienen politicas, procesos y procedimientos al respecto, estos manuales se estan implementado actualmente.									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Documentar las politicas de los otro siete subprocesos del área financiera. Consolidar todas las politicas financieras con sus respectivos planes en un solo documento (GIRF)									

Se cumplió parcialmente con la meta planteada, faltado un 9%.

4. **Meta:** Implementación del proceso de cobro coactivo.

5. Proceso de cobro coactivo

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Proceso documentado de cobro coactivo	Proceso de cobro coactivo documentado	50				50	Creacion del proceso de cobro coactivo en un 100%	<p>A bar chart with a vertical axis from 0% to 60% in 10% increments. The horizontal axis lists months SEP, OCT, NOV, and DIC. A single blue bar for SEP reaches the 50% mark.</p>
			100				100		
		<b>Resultado</b>	50%				50,00		
<b>ANALISIS</b>									
El procesos de cobro coactivo se encuentra documentado en el manual de cartera y cobro coactivo, pero no esta aprobado por el comité de conciliaciones.									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Aprobar en el comité de conciliaciones de la entidad el manual de cobro coactivo									

Se cumplió parcialmente la meta, faltando la aprobación del proceso en el respectivo comité.

5. **Meta:** Proceso de cobro coactivo implementado

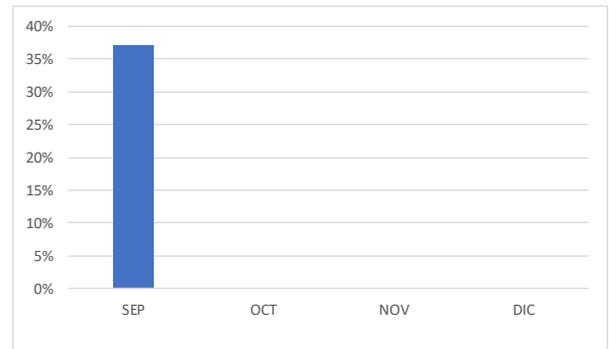
6. Implementar Proceso de cobro coactivo										
NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA	
			SEP	OCT	NOV	DIC				
FORMULA	Proceso de cobro coactivo implementado	N° de facturas con proceso de cobro coactivo iniciado	0				0	Proceso de cobro coactivo implementado en un 10%		
		N° total de facturas con mora superior a 180 días	100				100			
		<b>Resultado</b>	<b>0%</b>				<b>0,00</b>			
<b>ANALISIS</b>										
El proceso no se implementó dado que el manual fue aprobado en la instancia pertinente										
<b>PLANES DE ACCION</b>										
Aprobar en el comité de conciliaciones de la entidad el manual de cobro coactivo. Articular el área de cartera con el área jurídica para empezar la implementación del proceso										

La meta no se cumplió.

6. **Meta:** Mantener sin riesgo financiero la institución anualmente

**7. Mantener sin riesgo financiero la institucion anualmente**

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	Meta	GRAFICA
FORMULA	De acuerdo a indice de riesgo Resolución 2509 del 2012 de MinSalud	Hospital sin riesgo	100				100	Mantener sin riesgo financiero a la empresa	
			100				100		
		<b>Resultado</b>	<b>100%</b>				<b>100,00</b>		
<b>ANALISIS</b>									
De acuerdo a la metodología expuesta en la resolución 2509 de 2012 de MinSalud y a los indicadores allí planteados, el índice de riesgo financiero de la entidad es de 5,3 para la vigencia 2020 , de acuerdo a los rangos establecidos en la precitada Resolución, el Hospital se mantiene sin riesgo financiero									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Desde el área financiera de la empresa, seguir adoptando acciones que mantegan el hospital sin riesgo. Estas acciones deben estar encaminadas a aumentar el recaudo de cartera ( Presente vigencia y vigencias anteriores ), disminuir en lo posible los gastos , operacionales, aumentar la venta de servicios de salud , incrementando los costos operativos en una proporción igual o menor									



La meta se cumplió de manera satisfactoria.

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

8. Diseño e implementación de estrategias de disminución del costo operativo y gasto administrativo

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	Meta	GRAFICA
FORMULA	Política de disminución de costos operativos y gastos administrativos documentada e implementada	N° de estrategias implementadas	0				0	Diseñar e implementar estrategias para la reducción de costo operativo y el gasto administrativo o buscando la eficiencia de recursos en un 20%	<p>A bar chart with a vertical axis from 0% to 40% in 5% increments. The horizontal axis lists the months SEP, OCT, NOV, and DIC. A single blue bar for SEP reaches approximately 37%. The bars for OCT, NOV, and DIC are at 0%.</p>
		N° de estrategias planificadas	100				100		
		<b>Resultado</b>	<b>0%</b>				<b>0,00</b>		
<b>ANALISIS</b>									
No se han documentado ni implementado políticas que contengan estrategias que conlleven a la disminución del costo operativo y gasto administrativo.									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Documentar e implementar políticas que contengan estrategias que conlleven a la disminución del costo operativo y gasto administrativo, articulando con GIRF.									

No se cumplió la meta planteada.

8. **Meta:** Incrementar el recaudo efectivo de ingresos de la vigencia

9. Aumentar el recaudo efectivo de la vigencia									
NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Recaudo de cartera de la vigencia 2020, de lo reconocido y legalizado en la vigencia	Total recaudo efectivo de la vigencia	3020418418				3020418418	Recaudo de cartera de la vigencia 2020, de lo reconocido y legalizado en la vigencia en un 58%	
		Total reconocimiento de la vigencia	8141033915				8141033915		
		<b>Resultado</b>	<b>37%</b>				<b>37,10</b>		
<b>ANALISIS</b>									
Se recaudó el 37% del reconocimiento facturado de la vigencia, desmejorando en un 2% respecto a la vigencia inmediatamente anterior.									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Implementar planes de acción que coadyuven el aumento de recaudo, el área de cartera deberá documentar e implementar acciones para que el cobro persuasivo se dé manera efectiva ,propendiendo por que el promedio de días de cobrar tienda a ser menor a 180 días									

No se cumplió la meta planteada en plan de desarrollo, pero cabe especificar que la meta se estableció tomando como referencia la línea base para el indicador (56%), en revisión se comprueba que la verdadera línea base correspondía con un 39%, lo que indica que realmente el indicador solo se desmejoro en un 2% .

9. **Meta:** Mantener reconocimiento ambiental de hospital sostenible

10. Mantener reconocimiento ambiental de hospital sostenible

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Certificacion Hopsital sostenible	Certificacion Hospital Sostenible	0				0	Mantener reconocimiento ambiental de hospital sostenible	
			0				0		
		Resultado	NA				NA		
<b>ANALISIS</b>									
Para la vigencia 2020 la gobernación de Boyacá y Corpoboyacá no realizaron la apertura del proyecto hospital sostenible, por tal motivo no se realizó									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
En caso de que para la presente vigencia se apertura el proceso, se deben enfocar todas las acciones para dar obtener la certificación. De igual manera se propone realizar acciones que coadyuven con el cuidado del medio ambiente, haciendo de la E.S.E hospital sostenible en el gasto de recursos									

La meta no aplica para ser evaluada.

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

11. Fortalecer el funcionamiento de los comités institucionales

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Proporción de evaluación satisfactoria	N° de planes operativos de los comites institucionales con calificacion satisfactoria	6				6	Fortalecer el funcionamiento y control de los comités institucionales en un 17%	
		Total de planes operativos de comites institucionales diseñados	22				22		
		<b>Resultado</b>	<b>27%</b>				<b>0,27</b>		
<b>ANALISIS</b>									
Se retoma la programación y realización de comités institucionales de manera periodica de acuerdo a las necesidades institucionales. Se actualiza el funcionamiento y conformación de 7 de los 22 comites mediante acto administrativo. La subgerencias con acompañamiento de la oficina asesora de calidad elaboran planes operativos para cada comité, de los 22 comites, 6 tiene calificación satisfactoria.									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Actualizar el funcionamiento y estructura de los demás comites mediante actos administrativos en conformidad con la normatividad vigente. Elaborar los planes operativos de cada uno de los comites, con indicadores que se articulen con plan de desarrollo, plan de gestión, y los planes institucionales									

Se cumplió a satisfacción con la meta planteada.

11. **Meta:** Creación en implementación de manual de funcionamiento de comités institucionales

12. [Crear el manual de funcionamiento de los comités institucionales.](#)

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Documento de manual de funcionamiento de los comites institucionales	Documento de manual de funcionamiento de los comites institucionales	6				6	Manual de funcionamiento de comités institucionales en un 100%	
			22				22		
		<b>Resultado</b>	27%				0,27		
<b>ANALISIS</b>									
No se documentó el manual de funcionamiento de los comités institucionales , pero se actualizaron 6 de 22 comites mediante acto administrativo en el cual se detalla el funcionamiento de cada uno									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Actualizar el funcionamiento y estructura de los demás comites mediante actos administrativos en conformidad con la normatividad vigente. Consolidar en un documento el funcionamiento del cada uno de los comites institucionales									

La meta se cumple parcialmente.

12. **Meta:** Realizar la gestión integral del plan SST

13. Gestión Integral SST-accidentes de trabajo de trabajadores de la E.S.E.

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Documento de manual de funcionamiento de los comites institucionales	N° de accidentes de trabajo en la vigencia	2				2	Realizar la gestion integral del plan SST-accidentes de trabajo en un 17%	
		Total de trabajadores	37				37		
		<b>Resultado</b>	5%				<b>0,05</b>		
<b>ANALISIS</b>									
Los accidentes se presentaron debido a factores propios del trabajo relacionados con condiciones inseguras en áreas de circulación (Pasillos, corredores, halles y áreas de circulación) , como factores personales por falta de atención en la ejecución de las actividades									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Realización de inspecciones de seguridad en las áreas locativas para prevenir condiciones inseguras que pongan en riesgo a la población trabajadora de la E.S.E. , realizar capacitación al personal relacionado con la seguridad y salud en el trabajo, específicamente en el resorte temprano de condiciones inseguras y promoción y prevención laboral									

Se cumplió satisfactoriamente con la meta planteada.

13. **Meta:** Elaborar e implementar plan institucional de archivo.

14. Elaborar e implementar plan institucional de archivo

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Proporción de implementación de programas del PINAR	N° de programas del PINAR implementados	0				0	Elaborar e implementar plan institucional de archivo en un 20%	
		Total programas PINAR	0				0		
		<b>Resultado</b>	<b>NA</b>				<b>NA</b>		
<b>ANALISIS</b>									
No se implementó ningún programa del PINAR ya que no se había consolidado el documento final según los lineamientos del archivo general de la nación. Se documentó un borrador, el cual no cumple en su totalidad con los precitados lineamientos									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Se debe consolidar el documento final de acuerdo a la guía del archivo general de la nación, articulando los programas, planes y proyectos con las metas institucionales de plan de desarrollo 2020-2023. Se debe implementar estos planes de acuerdo a la planeación proyectada.									

No se cumplió la meta proyectada.

14. **Meta:** Organizar el fondo documental institucional.

15. Organizar el fondo documental institucional

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Proporción de metros lineales del fondo documental organizados	N° de metros lineales de fondo documental organizado	0				0	Organizar el fondo documental institucional en un 50%	
		N° total de metros lineales de fondo documental	0				0		
		<b>Resultado</b>	<b>NA</b>				<b>NA</b>		
<b>ANALISIS</b>									
No se organizó el fondo documental debido a que no fue posible llegar a un acuerdo contractual con ningún oferente identificado en el mercado, dado el corto tiempo de ejecución que se tenía previsto.									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Contratar de manera prioritaria y a más tardar en marzo de 2021 la persona natural o jurídica que llevará a cabo la organización del fondo documental. La organización de este fondo documental debe cumplir con todo lo referente a la ley de archivo y garantizar que las condiciones locativas y de mobiliario sean las adecuadas									

No se cumplió con la meta proyectada.

15. **Meta:** Implementar sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo (SGDEA)

16. Implementar sistema de gestion de documentos electronicos de archivo (SGDEA)									
NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Proporción de archivos electronicos creados	N° de archivos electronicos creados	0				0	Implementar sistema de gestion de documentos electronicos de archivo (SGDEA) en un 10%	
		Total de expediente electronicos a crear	0				0		
		<b>Resultado</b>	<b>NA</b>				<b>NA</b>		
<b>ANALISIS</b>									
No se digitalizaron archivos en concordancia al SGDEA debido a que este sistema de gestión es parte integral del PINAR, el cual no se implementó.									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Documentar el PINAR con los requerimientos del archivo general de la nación, para que el SGDEA sea parte integral de mismo, en este plan se debe especificar las fases metodologicas de implementación , las cuales debe incluir como minimo una fase diagnostica. Una vez documentado implementar en conformidad con las metas proyectdas para la vigencia 2021									

No se cumplió la meta proyectada.

16. **Meta:** Fortalecer e implementar la sostenibilidad de MIPG.

17. Fortalecer e implementar la sostenibilidad de MIPG

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Indice de desempeño institucional MIPG	Índice institucional MIPG	69				69	Fortalecer e implementar la sostenibilidad de MIPG , evaluación 60%	
			100				100		
		<b>Resultado</b>	<b>69%</b>				<b>0,69</b>		
<b>ANALISIS</b>									
Dado que el índice de desempeño institucional es evaluado y presentado por el FURAG , y este resultado se tiene hasta el mes de mayo de 2021, se toma como referencia el indicador de informe pormenorizado de control interno de acuerdo al formato establecido por Función Pública, se mejoró la transparencia ITA, se actualizaron comités institucionales, se establecieron y estan en ejecución planes de mejora en conformidad con las auditorías realizadas, se hicieron dos jornadas para actualizar procesos y riesgos, se está haciendo un monitoreo periodico al rendimiento de los procesos institucionales									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Se debe mejorar toda la política de gestión documental y de archivo, se debe hacer seguimiento y controles a los riesgos identificados, se debe mejorar la publicación oportuna en ITA, SECOP (Mejorar la publicación oportuna, subiendo todos los documentos del proceso precontractual y contractual), actualizar el proceso de contratación , ajustando el manual de contratación , en talento humano se debe hacer la revisión de PETH para cumplir con las tareas programadas de manera oportuna, satisfaciendo al necesidad de cliente interno, en lo financiero se deben establecer controles para mitigar errores en la gestión financiera y contable									

Se cumplió a satisfacción la meta proyectada.

17. **Meta:** Gestionar el plan anual de auditorías

18. Gestionar el plan anual de auditorías

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Proporción de auditorías realizadas	N° de auditorías realizadas	10				10	Gestionar el plan anual de auditorías en un 15%	
		N° de auditorías planeadas	11				11		
		<b>Resultado</b>	<b>91%</b>				<b>0,91</b>		
<b>ANALISIS</b>									
Se hicieron las auditorías en tiempos y se cumplió con los respectivos alcances, y objetivos entregando a gerencia informes , se establecieron planes de mejoramiento, sin embargo en el seguimiento de dichos planes se evidencia incumplimiento en algunas acciones planteadas, por tal razón a algunas auditorías no se les ha dado cierre definitivo y se incluyeron en el plan de auditoría vigencia 2021.									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Se debe cumplir con el plan de auditorías aprobado por el comité de control interno en fecha 29 de enero, entregando informes como insumo para la toma de decisiones de la gerencia									

Se cumplió la meta a satisfacción.

18. **Meta:** Actualizar los mapas de riesgo por procesos

19. Actualización de los mapas de riesgos por procesos

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Proporción del número de procesos con su mapa de riesgos actualizado	N° de procesos con mapa de riesgos actualizado	8				8	Actualizar los mapas de riesgo por procesos en un 10%	
		N° total de procesos	17				17		
		<b>Resultado</b>	<b>47%</b>				<b>0,47</b>		
<b>ANALISIS</b>									
Se hicieron dos jornadas de actualización de procesos e identificación de riesgos por proceso en los meses de agosto y diciembre de 2020, en los cuales los líderes de procesos hicieron la respectiva identificación, para ello se adelantó una capacitación sobre procesos y gestión integral de riesgos desde lo planteado en MIPG E ISO 31000									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Documentar la actualización de procesos, y desde la gestión de riesgo identificar las acciones de mitigación, así como los respectivos puntos de control. Es necesario levantar los mapas de riesgo de los procesos faltantes, así como actualizar los que sean necesarios de acuerdo a los procesos documentados									

Se cumplió la meta a satisfacción

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

20. Prevención del daño antijurídico en la E.S.E.

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	proporción de lineamientos implementados	N° de lineamientos implementados	3				3	Formular, implementar y evaluar plan de prevención de conducta antijurídica y daño antijurídico en la entidad en un 10%	<p>A bar chart with a vertical axis from 0% to 16% in 2% increments. The horizontal axis lists months: SEP, OCT, NOV, and DIC. A single blue bar for SEP reaches the 15% mark. The other months have no bars, representing 0%.</p>
		N° de lineamientos formulados del plan de prevención de conducta antijurídica	20				20		
		<b>Resultado</b>	15%				0,15		
<b>ANALISIS</b>									
Se documentan e implementan 3 de los 20 lineamientos identificados , pero no se tiene un documento consolidado sobre los lineamientos de prevención de conducta antijurídica									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
ES necesario documentar todos los lineamientos identificados y consolidarlos en un documento que integre la política de conducta antijurídica de la E.S.E.									

Se cumplió con la meta proyectada.

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

21. Implementación del manual de adecuada defensa de los intereses litigioso de la E.S.E.

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	proporción de lineamientos implementados	N° de lineamientos implementados	0				0	Elaborar y ejecutar del manual de adecuada defensa de los intereses litigiosos de la entidad en un 10%	
		N° de lineamientos formulados del manual de adecuada defensa	100				100		
		<b>Resultado</b>	<b>0%</b>				<b>0,00</b>		
<b>ANALISIS</b>									
No se tiene documentado el manual con los respectivos lineamientos de adecuada defesensa de los intereses litigiosos de la entidad									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Se debe documentar el manual de los interese litigiosos de la entidad, el cual integre una politica , la cual se lleve a cabo a traves de lineamientos e implementarlos desde el área jurídica de la entidad									

No se cumplió con la meta proyectada.

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

22. Actualización e implementación del proceso contractual de la E.S.E.

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	proporción de lineamientos implementados	N° de procesos contractuales adelantados que cumple la ruta contractual establecida	92				92	Actualizar e implementar el proceso contractual de la entidad en un 10%	
		Total de procesos de contratación	165				165		
		<b>Resultado</b>	<b>56%</b>				<b>0,56</b>		
<b>ANALISIS</b>									
<p>En el mes de julio se actualizó el procedimiento contractual en lo referente a la contratación directa, en el año se hicieron 165 contratos, de los cuales desde la actualización del proceso se adelantaron 100 contratos, de los cuales en auditoría realizada por la oficina de control interno se encontraron 8 procesos con hallazgos, relacionados con publicación oportuna en SECOP, oportunidad en la suscripción del acta de inicio y actas de liquidación.</p>									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
<p>Es necesario actualizar el proceso contractual, asignado responsables y estableciendo tiempos perentorios de acuerdo a las necesidades y recursos institucionales, por lo cual es necesario actualizar el manual de contratación , para que la entidad aproveche las opciones de demanda agregada que ofrece Colombia Compra Eficiente, y ajustandolo a las necesidades y realidad institucional, se deben revisar todas las matrices de riesgos en los estudios previos de cada contrato, para poder valuar los riesgos de cada proceso y establecer responsables, se debe publicar en SECOP todo los documentos precontractuales, contractuales y postcontractuales, así como mejorar los formatos de informe de supervisión, así como que los supervisores cumplan lo establecido en el manual de supervisión</p>									

Se cumplió la meta proyectada a satisfacción.

22. **Meta:** Satisfacer de manera oportuna las necesidades de la entidad.

23. Satisfacción de las necesidades de la E.S.E. mediante la contratación

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	Meta	GRAFICA
FORMULA	proporción de necesidades satisfechas	N° procesos de contratación	165				165	Satisfacer de manera oportuna las necesidades de la entidad en un 80%	<p>The chart displays a single bar for September (SEP) reaching 96% on the y-axis, which is above the 80% target line. The x-axis lists the months SEP, OCT, NOV, and DIC.</p>
		Total necesidades del PAA	172				172		
		<b>Resultado</b>	<b>96%</b>				<b>0,96</b>		
<b>ANALISIS</b>									
Se adelantaron 165 procesos contractuales de las 172 necesidades proyectadas en el PAA de la vigencia 2020, lo cual indica que el proceso de contratación satisface las necesidades institucionales									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Aunque se satisfacen necesidades en un porcentaje del 96% es necesario brindar oportunidad en la satisfacción de las mismas, para lo cual es necesario que todo el proceso contractual se ajuste a lo documentado y a lo planeado									

Se cumplió a satisfacción con la meta proyectada.

23. **Meta:** Actualizar el inventario de activos fijos

24. Actualización del inventario de activos fijos de la E.S.E.

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Proporción de activos fijos actualizados	Total de activos actualizados	1968				1968	Actualizar el inventario de activos fijos en un 50%	
		Total de activos fijos	2006				2006		
		<b>Resultado</b>	<b>98%</b>				<b>0,98</b>		
<b>ANALISIS</b>									
<p>Entre los meses de octubre y noviembre de 2020 se hizo el levantamiento de todos los activos fijos de la entidad, de los cuales y de acuerdo al criterio técnico según la tipología de cada bien (Equipos informaticos, biomedicos, herramientas, demás bienes y enseres) se determinó que 355 activos fijos deben darse de baja debido a su alto grado de deterioro, que no cumplen con las condiciones mínimas de salubridad o no le prestan ningún beneficio a la entidad, Y se identificaron mediante plaqueteo 1613 activos, además se documentó el MANUAL DE POLÍTICAS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LOS INVENTARIOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ, INCLUYENDO EL MANEJO DE INVENTARIOS DE CONSUMO, en el cual se encuentran políticas tanto de inventarios de consumo, como del manejo de los activos fijos de la E.S.E., los 38 bienes no identificados se debe a que fueron adquiridos en el mes de diciembre, fecha posterior al levantamiento de la información.</p>									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
<p>La baja de los activos fijos identificados en esta tipología debe darse de acuerdo al procedimiento documentado en el manual MANUAL DE POLÍTICAS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LOS INVENTARIOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ, INCLUYENDO EL MANEJO DE INVENTARIOS DE CONSUMO y a la normatividad vigente, la actualización de los activos fijos debe hacerse de manera periodica, de acuerdo a las adquisiciones que haga la entidad y anualmente se debe verificar los activos que debe darse de baja, la identificación mediante plaqueteo y la conciliación de los activos debe hacerse en la medida que se adquieran</p>									

Se cumplió a satisfacción la meta proyectada.

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

25. Implementación PAAC

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	SEPTIEMBRE				TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Proporción de cumplimiento de las acciones planteadas en PAAC	N° de acciones implementadas y publicadas en la pagina web del plan anticorrupcion y de atencion al ciudadano	35				35	Actualizar e implementar el plan anticorrupcion y de atencion al ciudadano en un 30%	
		N° total de acciones formuladas del plan anticorrupcion y de atencion al ciudadano	46				46		
		<b>Resultado</b>	<b>76%</b>				<b>0,76</b>		
<b>ANALISIS</b>									
<p>Se documentó y publicó el PAAC antes del 31 de enero de acuerdo a la normatividad vigente, en conjunto con el mapa de riesgos de corrupcion de la entidad y se socializarón con los servidores publicos de la E.S.E., se hizo un diagnostico organizacional en el cual se reunieron mesas de trabajo por areas para analizar la cultura organizacional, durante la vigencia la oficina de control interno publico oportunamente el seguimiento cuatrimestral del plan, se realizó rendición de cuentas con las respuesta a las inquietudes de la ciudadanía y se publicó el respectivo informe en página web, se cumplió el plan de incentivos en la E.S.E. , se elaboro y documentó el código de integridad, se elaboraron planes de mejoramiento resultado de las PQRSD.</p>									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
<p>Se documentó en el PAAC las acciones que deben implementarse durante la vigencia 2021, documento 68 acciones a realizar.</p>									

Se cumplió a satisfacción la meta proyectada.

25. **Meta:** Mejorar el sistema de información de la página web

26. [Transparencia en página web](#)

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Proporción de cumplimiento de las acciones planteadas en PAAC	N° de documentos publicados en pagina web	101				101	Mejorar el sistema de informacion de la página web, obteniendo un medición de un 20%	
		N° de documentos que requieren publicacion en pagina web	189				189		
		<b>Resultado</b>	<b>53%</b>				<b>0,53</b>		
<b>ANALISIS</b>									
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.									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Es necesario publicar en la página web la actualizacion de los funcionarios y contratistas de la E.S.E. , con toda la información reglamentaria, así como publicar la información contractual en los procesos de contratación directa con los respectivos link de las páginas del estado , información sobre los procesos institucionales , informes financieros de manera oportuna (mes a mes), la información sobre participación ciudadana									

Se cumplió satisfactoriamente la meta proyectada.

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

27. Fortalecer el programa de atención al usuario

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Proporción de usuarios satisfechos	N° de usuarios satisfechos	32				32	Fortalecer el programa de información y atención al usuario en un 89%	
		Total de usuarios atendidos	52				52		
		<b>Resultado</b>	<b>62%</b>				<b>0,62</b>		
<b>ANALISIS</b>									
Debido a la pandemia no se pudieron realizar un mayor número de encuestas de percepción del usuario, en las que se aplicaron se identificó la percepción de la satisfacción del usuario en lo referente a citas, procedimientos en consulta externa, condiciones locativas, oportunidad en la atención y entrega de resultados, atención de los profesionales de la salud, condiciones de hospitalización, estas consultas para los servicios de apoyo diagnóstico, consulta externa y hospitalización									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Se deben aplicar las encuestas de satisfacción al usuario a una muestra de un 10% de los usuarios atendidos en la E.S.E., así como implementar las acciones de mejora que resulten de los resultados de la aplicación de las encuestas									

Se cumplió parcialmente la meta proyectada.

### 6.3. Línea Estratégica Infraestructura

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

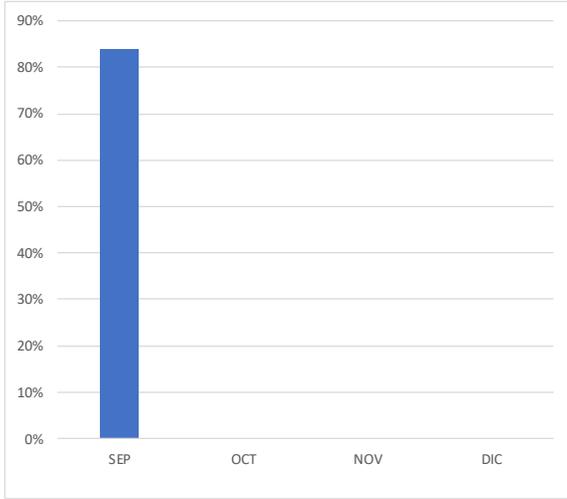
28. Gestión para la construcción del proyecto constructivo

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Proporción de usuarios satisfechos	Certificado de disponibilidad de recursos respecto al valor total del proyecto		0%			10%	Coadyuvar la gestión de recursos para la construcción del proyecto constructivo- Certificado de disponibilidad presupuestal por un 10% del valor del proyecto	<p>The chart displays a horizontal axis with four categories: SEP, OCT, NOV, and DIC. The vertical axis represents percentages from 0% to 100% in 10% increments. A horizontal line is drawn at the 10% mark, representing the target. For each month, a bar is shown at the 0% level, indicating that the target was not met.</p>
		Resultado		0%			0,00		
<b>ANALISIS</b>									
No se emite disponibilidad presupuestal debido a la operación presupuestal de la empresa , pero se tiene planeado que la disponibilidad inicial de la vigencia 2021 se disponga para este fin.									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Aumentar el recaudo efectivo de la empresa, así como la venta de servicios de salud que ofrece la E.S.E. para de esta manera poder disponer los recursos necesarios para el cumplimiento de la meta									

No se cumplió con la meta proyectada.

2. **Meta:** Adecuar la infraestructura por servicio para mantener condiciones dignas de atención priorizando servicios.

29. Mantenimiento de la infraestructura hospitalaria-mejorar condiciones de privacidad y confort

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Porporción de servicios priorizados intervenidos	Servicios a los que se les realizó diagnostico sobre privacidad y confort de la infraestructura	2				2	Adecuar la infraestructura por servicio para mantener condiciones dignas de atención priorizando servicios- diagnostico e intervención de infraestructura priorizada en un 100%	 <p>A bar chart with a vertical axis from 0% to 90% in 10% increments. The horizontal axis lists the months SEP, OCT, NOV, and DIC. A single blue bar for SEP reaches the 100% mark. The other months (OCT, NOV, DIC) have no bars, indicating 0% completion.</p>
		Total de servicios priorizados	2				2		
		<b>Resultado</b>	<b>100%</b>				<b>1,00</b>		
<b>ANALISIS</b>									
<p>Se identificó la necesidad de adecuar dos de las unidades de hospitalización de la E.S.E. debido a que en una se podría adecuar para fines de hospitalización para aumentar la productividad de la E.S.E. y en otra se identificó una condición insegura relacionada con separar el área de hombres y mujeres en una unidad de internación de pacientes agudos mixtos, para lo cual en el primer caso se contrató la adecuación y mantenimiento de la unidad, la cual esta en operación desde el mes de enero con una capacidad instalada de 19 camas, en el segundo caso se intervino la unidad en mención adecuando una barrera física de separación entre el área de mujeres y hombres, así mitigando la condición insegura identificada.</p>									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
<p>Para la vigencia 2021 se debe hacer el diagnostico sobre privacidad y confort en cada una de las unidades de internación, para así determinar las acciones de mantenimiento hospitalario perentorias para brindar un servicio de calidad</p>									

Se cumplió a satisfacción con la meta proyectada.

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

30. Mantenimiento de la infraestructura hospitalaria-ejecución del plan de mantenimiento hospitalario

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Porporción de servicios priorizados intervenidos	N° de Actividades de mantenimiento ejecutadas	192				192	Adecuar la infraestructura por servicio para mantener condiciones dignas de atención priorizando servicios- plan de mantenimiento hospitalario en un 90%	
		Total de actividades del plan de mantenimiento hospitalario	229				229		
		<b>Resultado</b>	<b>84%</b>				<b>0,84</b>		
<b>ANALISIS</b>									
Se ejecutan el 84% de las acciones planeadas de mantenimiento hospitalario, teniendo en cuenta que las actividades pendiente por ejecutar corresponden al mantenimiento de equipos informaticos, que no se ejecutó en su totalidad para este grupo, de los \$630.137.600 asignados al rubro de mantenimiento hospitalario se ejecutaron \$ 424.591.716, es decir se ejecutó un 67 % del rubro asignado, se mejoraron las condiciones locativas de las unidades asistenciales y de consulta externa, así como se permitió habilitar 19 camas nuevas para internación de pacientes agudos, con lo cual las acciones de mantenimiento hospitalario permitieron mejorar las condiciones actuales									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Es necesario aumentar el porcentaje del plan, superando el 90% planteado, encaminados a fortalecer y mantener las condiciones dignas para garantizar la prestación del servicios de salud que ofrece la E.S.E., así como revisar y garantizar que el plan de mantenimiento en relacion con equipos informaticos se ejecute cabalmente.									

Se cumplió parcialmente con la meta proyectada.

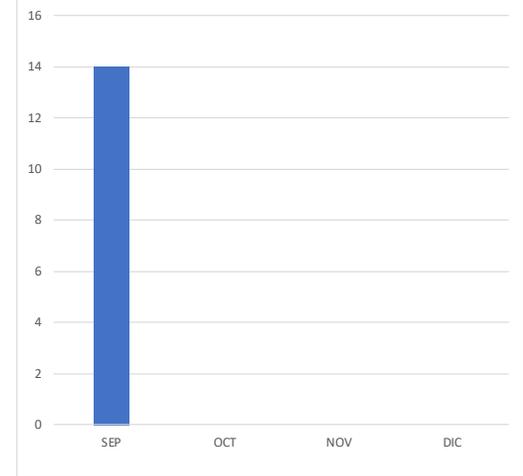
4. Meta: Planear y elaborar el PETI

31. PETI									
NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	PETI Documentado	PETI documentado	100				100	Planear y elaborar el PETI en un 100%	
			100				100		
		<b>Resultado</b>	<b>100%</b>				<b>1,00</b>		
<b>ANALISIS</b>									
Se cumplió con la meta, ya que se dejó documentado el PETI									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Evaluar el PETI proyectado, para ajustarlo a las necesidades institucionales para poderlo publicar en página web el 31 de enero de 2021 de acuerdo con la normatividad vigente. Este plan debe ser la ruta de navegación de los recursos informaticos									

Se cumplió a satisfacción con la meta proyectada

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

32. Actualización de equipos informáticos en la E.S.E.									
NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	Meta	GRAFICA
			FORMULA	Necesidades de hardware adquiridas	Equipos actualizados				
		Resultado		14			14,00		
ANALISIS									
Se adquirieron 10 computadores de escritorio que se requerian en las diferentes áreas de la E.S.E., así como 2 impresoras multifuncionales, una para el área administrativa y otra para facturación, así como 2 UPS que eran necesarias para proteger el servidor y un equipo de laboratorio.									
PLANES DE ACCION									
Seguir haciendo diagnostico de las necesidades de hardware institucionales, hacerlo según protocolo de adquisicion de hardware y software de la entidad, para cumplir la meta en 2021									



La meta se cumplió a satisfacción.

#### 6.4. Línea Estratégica Desarrollo de Servicios

- Meta:** Fortalecer los procesos de rehabilitación en salud mental.

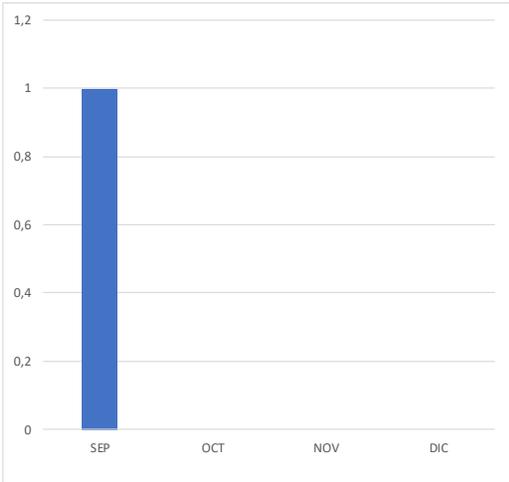
33. Plan terapeutico actualizado

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Plan terapeutico actualizado (Documentado)	Plan terapeutico actualizado		1			1	Fortalecer los procesos de rehabilitación en salud mental-plan terapeutico actualizado	
		Resultado		1			1,00		
<b>ANALISIS</b>									
Se documentó en cabeza de la subgerencia científica el plan terapeutico para los pacientes hospitalizados con un enfoque de rehabilitación integral.									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Es necesario hacer una revisión constante al plan documentado y empezar la respectiva implementación en los pacientes hospitalizados									

Se cumplió la meta a satisfacción.

2. **Meta:** Fortalecer el vínculo familiar y comunitario del paciente

34. Plan de vínculo familiar y comunitario

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Plan de actividades de interacción familiar (Documentado)	Plan de actividades de interacción familiar		1			1	Fortalecer el vínculo familiar y comunitario del paciente-programa actualizado	
		Resultado		1			1,00		
<b>ANALISIS</b>									
Se documentó en cabeza de la subgerencia científica el plan de actividades de interacción familiar y comunitaria, no se implementó debido a la dinamica propia de la pandemia									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Es necesario actualizarlo en conformidad con la planeación institucional proyectada para el 2021, así como tener en cuenta que en la implementación del plan se contemple acciones virtuales o remotas debido a la pandemia, es necesario empezar en 2021 su implementación									

Se cumplió a satisfacción la meta proyectada.

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

35. Programa de desarrollo de competencias y habilidades del paciente

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	Meta	GRAFICA
FORMULA	Programa de competencias y habilidades del paciente (Documentado)	Programa de desarrollo de competencias y habilidades del paciente documentado	1				1	Implementar un programa de desarrollo de competencias y habilidades del paciente- programa documentado	
		<b>Resultado</b>	1				<b>1,00</b>		
<b>ANALISIS</b>									
Se documentó en cabeza de la subgerencia científica el programa del desarrollo de competencias y habilidades del pacientes.									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Es necesario implementarlo en 2021, buscando alianzas si es necesario, y adecuando espacios donde los talleres ocupacionales proyectados se puedan dar									

Se cumplió a satisfacción la meta proyectada.

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

36. Programa de fortalecimiento de los actuales servicios institucionales

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Programa de competencias y habilidades del paciente (Documentado)	Programa de fortalecimiento de servicios institucionales documentado		1			1	Desarrollo de programas de fortalecimiento de cada uno de los servicios institucionales-programa documentado	
		<b>Resultado</b>		1			<b>1,00</b>		
<b>ANALISIS</b>									
Se documentó en cabeza de la subgerencia científica el programa de fortalecimiento de servicios actuales, mejorando la capacidad instalada en internación de la E.S.E. , Efectuando auditorias desde el programa de seguridad del paciente , ejecutando los respectivos planes de accion de cada una de las auditorias, se ha capacitado y mejorado la adherencia a protocolos por parte del personal de salud									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Actualizar el programa a las necesidades institucionales de la E.S.E. según la proyección de servicios y mediante indicadores del área de auditoria de calidad y seguridad del paciente hacer el respectivo seguimiento de la cabal implementación del programa									

Se cumplió a satisfacción con la meta proyectada.

5. **Meta:** Elaborar estudio de conveniencia de habilitación de nuevos servicios

37. Estudio de conveniencia de habilitación de nuevos servicios documentado

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	Meta	GRAFICA
			FORMULA	Estudio de conveniencia de habilitación de nuevos servicios documentado	Estudio de conveniencia de habilitación de nuevos servicios documentado				
		Resultado		1			1,00		
<b>ANALISIS</b>									
Se documentó en cabeza de la subgerencia científica el estudio de conveniencia de habilitación de nuevos servicios, el cual arrojó como resultado el servicio de urgencias , unidad SPA, y unidad de psiquiatría infantil, para la implementación de los mismos se debe buscar la respectiva aprobación ante las instancias pertinentes, la proyección busca aumentar la producción en UVR de la E.S.E. lo cual fortalecerá las finanzas de la institución y fortalecerá el servicio integral que se presta									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Gestionar en las instancias pertinentes (SESALUB) la habilitación de servicios, buscando adecuar las instalaciones físicas que haya lugar, así como la consecución de los equipos biomédicos necesarios, o búsqueda de nuevos espacios para habilitar los servicios planeados, es necesario actualizar el estudio en mención de acuerdo a la realidad de 2021									

Se cumplió a satisfacción la meta proyectada

6. Meta: Implementar y mantener el cumplimiento de los estándares de habilitación

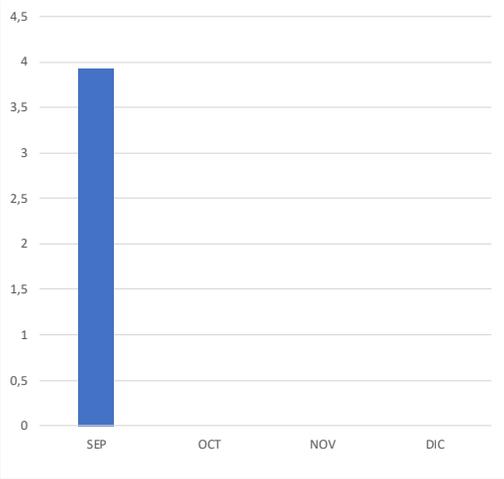
38. Autoevaluación sobre habilitación de servicios

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	Meta	GRAFICA
			FORMULA	Autoevaluación sobre el estado de habilitación de los servicios que ofrece la E.S.E.	Autoevaluación sobre el estado de habilitación de los servicios que ofrece la E.S.E.				
		Resultado		100%			1,00		
<b>ANALISIS</b>									
Desde el área de calidad se verificarán las condiciones mínimas de habilitación de cada uno de los servicios que presta La E.S.E., cumpliendo cada servicios con los estándares en mención									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Se deben verificar y actualizar la presente autoevaluación									

Se cumplió a satisfacción con la meta proyectada.

7. **Meta:** Presentar autoevaluación anual de estándares de acreditación

39. Autoevaluación de estándares de acreditación									
NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	Meta	GRAFICA
			FORMULA	Autoevaluación de estándares de acreditación	Autoevaluación de estándares de acreditación	3,93			
		Resultado	3,93				3,93		
<b>ANALISIS</b>									
De las 80 actividades de PAMEC , se ejecutaron a satisfacción 72									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Se deben verificar y actualizar la presente autoevaluación, en lo que respecta a estándares de acreditación									



Se cumplió a satisfacción la meta proyectada.

8. **Meta:** Implementar PAMEC

40. Implementación de PAMEC

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Autoevaluación de estándares de acreditación	N° de acciones de mejora implementadas de PAMEC	72				72	Implementar PAMEC en un 90%	
		Total de acciones de mejora proyectadas del PAMEC	80				80		
		<b>Resultado</b>	<b>90%</b>				<b>0,90</b>		
<b>ANALISIS</b>									
De las 80 actividades de PAMEC , se ejecutaron a satisfacción 72									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Se deben verificar y actualizar la presente autoevaluación, en lo que respecta a estandares de acreditación									

Se cumplió a satisfacción la meta proyectada.

9. **Meta:** Cumplimiento y entrega oportuna de informes de 2193 y de circular única.

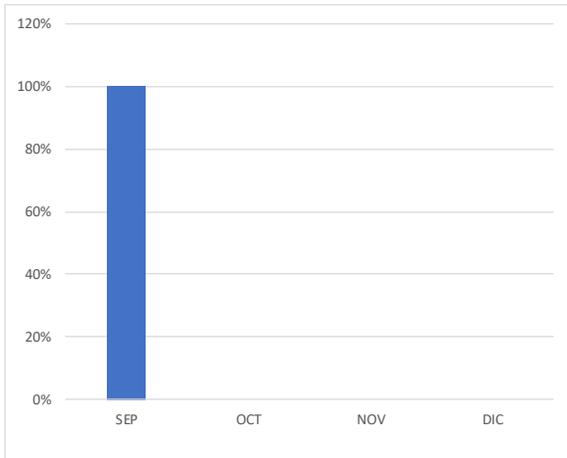
41. [Presentación 2193 y circular única](#)

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Cargue oportuno de los reportes normativos	Informes presentados	4				4	Cumplimiento y entrega oportuna de informes de 2193 y de circular única en un 100%	<p>A bar chart with a vertical axis from 0% to 120% in 20% increments. The horizontal axis lists months SEP, OCT, NOV, and DIC. A single blue bar for SEP reaches the 100% mark. No bars are shown for OCT, NOV, or DIC.</p>
		Informes requeridos	4				4		
		<b>Resultado</b>	<b>100%</b>				<b>1,00</b>		
<b>ANALISIS</b>									
Se cargaron oportunamente cada uno de los reportes requeridos según 2193									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Se debe seguir cargando de manera oportuna los reportes requeridos									

Se cumplió a satisfacción la meta proyectada.

10. **Meta:** Implementar las buenas prácticas de seguridad paciente.

42. Prácticas de seguridad del paciente

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Proporción de prácticas de seguridad del paciente implementadas	N° de practicas priorizadas implementadas	5				5	Implementar las buenas prácticas de seguridad paciente en un 20%	
		N° prácticas priorizadas	8				8		
		<b>Resultado</b>	<b>63%</b>				<b>0,63</b>		
<b>ANALISIS</b>									
<p>De las 8 prácticas que aplican a la E.S.E. Se implementaron 5. La política de seguridad del paciente esta enfocada en la implementacion de practicas y procesos asistenciales seguros que disminuyan la incidencia de eventos ligados a la prestacion de nuestros servicios, durante el 2020 se implementaron 5 practicas seguras: Administracion segura de medicamentos, prevencion de caidas, ambiente fisico seguro, tecnologia segura y procesos asistenciales seguros lo que garantiza la seguridad a todos los pacientes atendidos, y entornos que faciliten la participación de todo el personal de la institución en la implementación de un programa de seguridad que cuente con capacitación, promoción de la cultura de seguridad del paciente, conocimiento del sistema de reporte, análisis y gestión de los eventos y existencia de los procedimientos, socialización y evaluación de los mismos.</p>									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Es necesario mantener la implementación de las políticas que estan en cumplimiento y trabajar en el cumplimiento de las tres faltantes, las cuales deben implementarse en la vigencia 2021									

Se cumplió satisfactoriamente la meta proyectada.

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

43. Eventos adversos asociados a administración de medicamentos

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	Meta	GRAFICA
FORMULA	Proporción de eventos adversos relacionados con administración de medicamentos	N° de eventos adversos asociados a administración de medicamentos	11				11	Disminuir la incidencia de eventos adversos asociados a administración de medicamentos y caída de pacientes- Administración de medicamentos, proporción de eventos adversos en un 19%	<p>A bar chart with a vertical axis from 0% to 16% in 2% increments. The horizontal axis lists the months SEP, OCT, NOV, and DIC. A single blue bar for SEP reaches the 14% mark. The 19% target is indicated by a horizontal line on the chart.</p>
		Total de eventos adversos	76				76		
		<b>Resultado</b>	<b>14%</b>				<b>0,14</b>		
<b>ANALISIS</b>									
Los eventos adversos asociados a administración de medicamentos se debe principalmente a fallas en el individuo y a falta de adherencia a los protocolos institucionales									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Hacer seguimiento a la implementación de prácticas seguras de administración de medicamentos, poniendo en marcha lo establecido en los respectivos planes de mejoramiento para que el indicador cumpla con las metas proyectadas									

Se cumplió a satisfacción la meta proyectada

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

44. Eventos adversos asociados a caída de pacientes

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Proporcion de eventos adversos relacionados con caída de pacientes	N° de eventos adversos asociados a caída de pacientes	9				9	Disminuir la incidencia de eventos adversos asociados a administración de medicamentos y caída de pacientes- Administración de medicamentos, proporción de eventos adversos en un 18%	
		Total de eventos adversos	76				76		
		<b>Resultado</b>	<b>12%</b>				<b>0,12</b>		
<b>ANALISIS</b>									
Los eventos adversos asociados a caída de pacientes se deben principalmente a condiciones especiales de los pacientes y fallas en las condiciones de seguridad del ambiente físico									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Hacer seguimiento a la implementación de prácticas seguras de prevención de caídas, poniendo en marcha lo establecido en los respectivos planes de mejoramiento para que el indicador cumpla con las metas proyectadas									

Se cumplió a satisfacción la meta proyectada

13. **Meta:** Disminuir la proporción de las quejas por maltrato de las quejas por prestación del servicio.

45. Quejas por maltrato

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Proporción de quejas por maltrato en la prestación del servicio	N° de quejas por maltrato en la prestación del servicio	18,51%				0,1851	Disminuir la proporción de las quejas por maltrato de las quejas por prestación del servicio , proporción de quejas en un 50%	<p>A bar chart with a vertical axis from 0% to 20% in 2% increments. The horizontal axis lists the months SEP, OCT, NOV, and DIC. A single blue bar for SEP reaches the 18.51% mark. The target of 50% is indicated by a horizontal line across the chart area.</p>
		Total de quejas por prestación del servicio					0		
		<b>Resultado</b>	<b>19%</b>	<b>0,19</b>					
<b>ANALISIS</b>									
Las quejas se deben principalmente por falta de adherencia a protocolos, la temporal contratada en su momento no da la respuesta oportuna a la mismas									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Es necesario que los protocolos establecidos por la institución se cumplan, mediante seguimiento de indicadores e implementación de los planes de mejoramiento									

Se cumplió a satisfacción la meta proyectada

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

46. Satisfacción de los usuarios hospitalizados

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	SEPTIEMBRE - DICIEMBRE				TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Proporción de usuarios hospitalizados satisfechos	N° de usuarios satisfechos sobre confort y buen trato encuestados	64,34%				0,6434	Aumentar la satisfacción de los usuarios relacionada con el confort y buen trato en las unidades de atención, proporción de usuarios satisfechos de un 10%	
		Total de usuarios					0		
		<b>Resultado</b>	<b>64%</b>				<b>0,64</b>		
<b>ANALISIS</b>									
Se ha mejorado las condiciones de hotelería hospitalaria, con la adquisición de camas, colchones antiescaras, así como de sábanas y demás lencería necesaria, de igual manera se ha venido trabajando para que la atención al paciente se dé con el mayor grado de dignidad, con amor y excelencia en conformidad con las misión institucional									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Es necesario seguir mejorando las condiciones de hotelería hospitalaria, se debe diseñar un instrumento que medi específicamente el confort en internación, realizar seguimiento y ejecutar los planes de mejoramiento a los que haya lugar									

Se cumplió a satisfacción la meta proyectada

46. Satisfacción de los usuarios hospitalizados

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES					TOTAL	Meta	GRAFICA
			SEP	OCT	NOV	DIC			
FORMULA	Proporción de usuarios hospitalizados satisfechos	N° de usuarios satisfechos sobre confort y buen trato encuestados	64,34%				0,6434	Aumentar la satisfacción de los usuarios relacionada con el confort y buen trato en las unidades de atención, proporción de usuarios satisfechos de un 10%	
		Total de usuarios					0		
		<b>Resultado</b>	<b>64%</b>				<b>0,64</b>		
<b>ANALISIS</b>									
Se ha mejorado las condiciones de hotelería hospitalaria, con la adquisición de camas, colchones antiescaras, así como de sábanas y demás lencería necesaria, de igual manera se ha venido trabajando para que la atención al paciente se dé con el mayor grado de dignidad, con amor y excelencia en conformidad con las misión institucional									
<b>PLANES DE ACCION</b>									
Es necesario seguir mejorando las condiciones de hotelería hospitalaria, se debe diseñar un instrumento que medi específicamente el confort en internación, realizar seguimiento y ejecutar los planes de mejoramiento a los que haya lugar									

Se cumplió a satisfacción la meta proyectada.

## 7. Resultados

De las 46 metas proyectadas para el 2020, se tiene el siguiente consolidado:

METAS CUMPLIDAS	CANTIDAD	Porcentaje
Satisfactoriamente	32	70%
Parcialmente	6	13%
No cumplidas	8	17%
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

Por lo tanto, el porcentaje de cumplimiento del plan de desarrollo para el segundo semestre de 2020 es del 70%, estableciendo priorización en los siguientes ítems, los cuales no cumplieron con las metas proyectadas:

- Desarrollo e implementación del plan institucional de recursos financieros (GIRF), documentando estrategias de reducción del costo operativo y gasto administrativo, articulando las metas de todos los procesos administrativos de la institución.
- En materia de archivo se debe Implementar el PINAR aprobado y publicado en página web tomando en cuenta lo dispuesto para la implementación del SGDEA, así como organizar el fondo documental de la empresa.
- Aprobar e implementar el proceso de cobro coactivo, así como documentar estrategias para aumentar el recaudo efectivo de cartera durante la vigencia, esto debe estar articulado con estrategias de aumento de venta de servicios de salud, habilitación de nuevos servicios que propendan por el aumento de la productividad medida en UVR, todo esto coadyuvará a fortalecer la gestión financiera de la entidad, así como poder destinar los recursos propios planeados para la construcción de la nueva sede.
- Documentar e implementar el manual de adecuada defensa de los intereses litigiosos de la entidad.

Además de dar priorización a las acciones anteriormente expuestas, es necesario que para la vigencia 2021 se articulen planes operativos por áreas que coadyuven al cumplimiento del plan de desarrollo institucional para la vigencia, así como dar seguimiento a cada uno de los planes institucionales publicados en página web de acuerdo a la normatividad vigente.

Proyectó  
Diego Fernando Rivera Castro  
Apoyo a la gestión en planeación

Revisó  
Brígida Mireya Peralta Rodríguez  
Asesora de control Interno