

**RENDICIÓN DE LA CUENTA ANUAL ANTE LA CONTRALORÍA GENERAL DE BOYACÁ**  
**INFORME DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN VIGENCIA 2021**

**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.

X

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.

### 3. Plataforma estratégica plan de desarrollo

#### 3.1. 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

X

<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

### 3.2. 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

### 3.3. 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.

### 3.4. PRINCIPIOS Y VALORES CORPORATIVOS

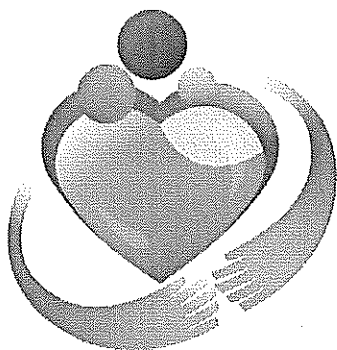
1. **Respeto.** Es nuestro compromiso por escuchar, valorar y comprender a nuestros compañeros y pacientes, tratar de entender su actuación, hablando con la verdad y esforzándose por controlar nuestras propias emociones, entendiendo nuestras diferencias y aceptando las normas y políticas de la entidad.
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.

### 3.5. ESLOGAN Y LOGO SIMBOLO PLAN DE DESARROLLO

X

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.



**E.S.E. CRIB**  
Avanzamos por la salud mental de Boyacá.

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.

#### **4. 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.

#### **5. INDICADORES QUE APLICAN PARA LA VIGENCIA 2021**

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 2021

*A*

### 5.1. Línea Estratégica de Talento Humano

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	ENE		TOTAL	Meta	GRAFICA
FORMULA	Documento actualizado, aprobado y publicado	Aprobación y cumplimiento	100		100	1. Actualizar PETH	
		Resultado	100%		100,00		
<b>ANALISIS</b>							
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 2021, el cual fue socializado y aprobado en Comité Institucional de Coordinación de Control interno el día 29 de enero y publicado así mismo en la página web de la entidad en la sección de planes							
<b>PLANES DE ACCION</b>							
Es necesario actualizar el PETH para la vigencia 2022 en conformidad con las guías metodológicas del DAFP para tal fin.							

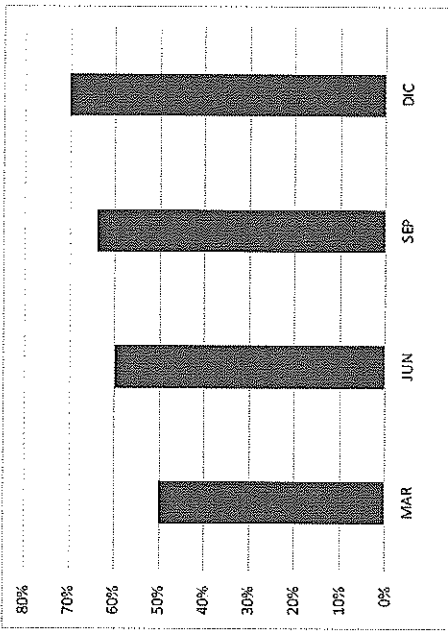
Se cumplió satisfactoriamente la meta planteada.

#### 2. Meta: Implementar PETH actualizado

4

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	TOTAL				Meta
			MAR	JUN	SEP	DIC	
FORMULA	N° de programas implementados del PETH actualizado / N° de N° de programas del PETH actualizado	Resultado	50	60	64	70	70
			100	100	100	100	100
	Porcentaje de ejecución del PETH		50%	60%	64%	70%	30%
<b>ANALISIS</b>							
<p>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)</p>							
<b>PLANES DE ACCION</b>							
<p>Aunque se cumplió ampliamente la meta proyectada, es necesario que desde la Subgerencia Administrativa y Financiera se asuma una mayor posición de liderazgo sobre la ejecución de los planes en conformidad con el esquema de líneas de defensa del</p> <p style="text-align: right;">DAFP</p>							

**GRAFICA**

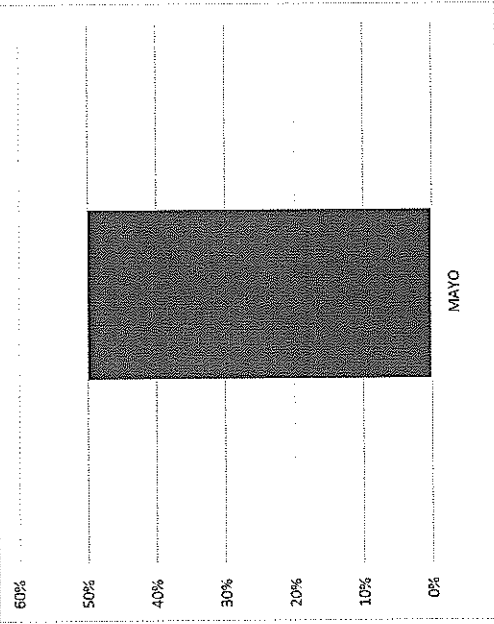


Se cumplió satisfactoriamente la meta proyectada.

**3. Meta:** Evaluar el PETH

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	TOTAL		Meta
			MAYO		
FORMULA	Auditoría al Proceso de Gestión Talento Humano adelantada por Control Interno	N° de Programas evaluados del PETH N° de programas implementados del PETH actualizado <b>Resultado</b>	50	50	50%
			100	100	
			50%	50%	
<b>ANALISIS</b>					
La asesora de control interno realiza auditoría al proceso de Gestión del Talento Humanom cuyo líder el subgerente administrativo y financiero, la auditoría se realiza en el mes de mayo, surgiendo como resultado un plan de mejoramiento, al cual se le hizo seguimiento en el mes de noviembre. Dado que el plan no se cerró por eso se estima un 50% de cumplimiento					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
El plan de mejoramiento no se cerró, por lo cual es necesario hacer seguimiento a las acciones pendientes para dar cierre al mismo					

GRAFICA

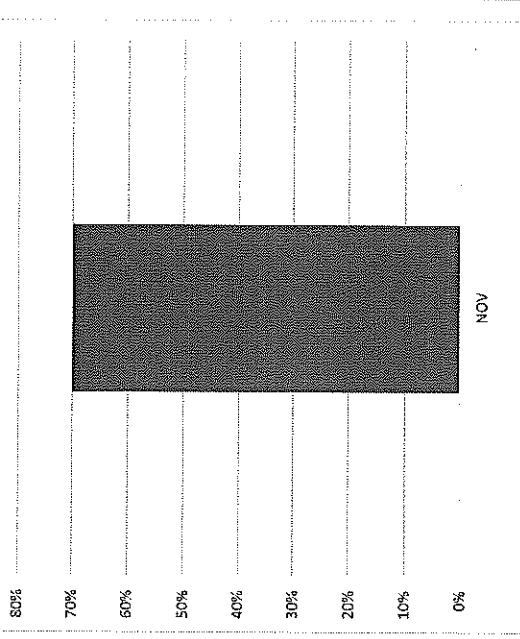


La meta se cumple satisfactoriamente según lo planeado

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	TOTAL		Meta
			NOV		
FORMULA	Ejecución del plan de mejoramiento resultado del proceso de auditoría	Nº de acciones de mejora	7	7	50%
		Nº de hallazgos en evaluación del PEIH	10	10	
		Resultado	70%	70%	
<b>ANALISIS</b>					
Desde la subgerencia administrativa y Financiera se adelantó la ejecución de las acciones planteadas en el plan de mejoramiento, en el mismo se planteaban 10 acciones, de las cuales según seguimiento realizado desde la oficina asesora de control interno están pendientes 3 acciones por verificar					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Priorizar el cumplimiento de las acciones pendientes para dar cierre al plan de mejoramiento, estas acciones están enfocadas en la actualización de formatos en la revisión de hojas de vida de los funcionarios y contratistas, actualización de las hojas de vida de funcionarios y contratistas en la plataforma SIGEP e implementar las TRD en el proceso de gestión de Talento Humano					

GRAFICA



La meta se cumplió satisfactoriamente según lo proyectado.

4 5. Meta: Realizar estudio de carga de trabajo en al ESE CRIB



NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DICIEMBRE		Meta	GRAFICA
			TOTAL			
FORMULA	Estudio de cargas laborales finalizado	Documento de estudio de cargas de trabajo en la ESE CRIB	0	0	1	
		Resultado	0	0		
<b>ANALISIS</b>						
<p>Desde la Gerencia se adelantó el proceso contractual con un profesional externo para la elaboración del estudio de cargas laborales, pero según el análisis diagnóstico que hace el contratista y en coordinación con la subgerencia administrativa y financiera y la oficina asesora de planeación en conformidad con la metodología planteada por el DAFP se concluye que debido al estado actual del marco procedimental, aunado a que la Empresa no cuenta con un manual de procesos y procedimientos que existe imposibilidad técnica y fáctica de desarrollo idóneo y funcional del objeto contractual, por lo cual se decide liquidar el contrato de mutuo acuerdo sin ninguna afectación presupuestal al mismo</p>						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
<p>Priorizar esta actividad en la planeación de la vigencia 2022, para lo cual la Empresa debe tener presente que en conformidad con el precitado diagnóstico es necesario actualizar el marco procedimental de todos los procesos, consolidando un manual de procesos y procedimientos</p>						

No se cumplió con la meta proyectada.

6. **Meta:** Actualizar el Manual de funciones y Competencias

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DICIEMBRE		Meta
			DIC	TOTAL	
FORMULA	Manual de funciones actualizado	Manual de funciones actualizado	0	0	1
		Resultado	0	0	
<b>ANALISIS</b>					
<p>Desde la subgerencia administrativa y financiera se adelantó un borrador de la actualización del manual de funciones y competencias, el cual no fue llevado a Junta Directiva para aprobación debido a que se concluye que según las recomendaciones del DAFP y las necesidades institucionales es perentorio tener como insumo para la actualización y rediseño institucional el estudio de cargas laborales.</p>					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
<p>De acuerdo a lo mencionado en el análisis se recomienda priorizar el estudio de cargas laborales, teniendo en cuenta las respectivas recomendaciones para que la actualización del manual de funciones y competencias se haga durante la vigencia 2022</p>					

GRAFICA

1  
0,9  
0,8  
0,7  
0,6  
0,5  
0,4  
0,3  
0,2  
0,1  
0

DIC

7. Meta: Elaborar e implementar plan de formalización laboral

4

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	GRAFICA	
			DIC	Meta
FORMULA	Porcentaje de ejecución del plan de formalización laboral	N° de acciones realizadas del plan de formalización laboral	4	<p>A bar chart with a vertical axis from 0% to 90% in 10% increments. A horizontal line is drawn at the 80% mark. A single dark grey bar extends to the 80% mark on the vertical axis. The label 'DIC' is at the bottom right of the chart area.</p>
		Total acciones programadas para el plan de formalización	5	
		Resultado	80%	
<b>ANALISIS</b>				
<p>Desde la Gerencia y la subgerencia administrativa y financiera se adelantaron 4 de las 5 acciones planteadas en el plan de formalización laboral (Elaboración de estudio técnico de viabilidad según metodología del DAFP para Empresas Sociales del Estado, Presentación a Secretaría Departamental de Salud para concepto, ajustes al estudio según recomendaciones de la Secretaría Departamental de Salud, Mesas de trabajo con el Ministerio del Trabajo) Solo quedo pendiente la implementación, la cual no fue posible por factores presupuestales</p>				
<b>PLANES DE ACCION</b>				
<p>Se recomienda ejecutar la acción que quedó pendiente respecto a la implementación y en conformidad con los compromisos adquiridos con el Ministerio del Trabajo.</p>				

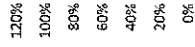
La meta se cumplió satisfactoriamente de acuerdo con lo proyectado.

## 5.2. Línea Estratégica de Desarrollo Administrativo

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	TOTAL		Meta
			DIC		
FORMULA	Porcentaje de procesos diagnósticos en la entidad	N° de procesos institucionales diagnosticados	17	17	100%
		N° total de procesos	17	17	
		<b>Resultado</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	
<b>ANALISIS</b>					
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					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Actualizar el marco procedimental según lo diagnosticado y en conformidad con los lineamientos del DAFP					

GRAFICA



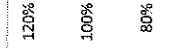
DIC

Se cumplió a satisfacción la meta según lo proyectado

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	TOTAL		Meta
			DIC		
FORMULA	Autodiagnóstico MIPG diligenciados de manera anual según resultados FURAG	N° de herramientas de autodiagnóstico MIPG gestionadas	15	15	60%
		N° de herramientas de autodiagnóstico de MIPG	15	15	
		<b>Resultado</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	
<b>ANALISIS</b>					
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 2020 y lo diagnosticado junto con el líder de cada proceso. Estos autodiagnósticos fueron enviados a la oficina de Planeación y Métodos y Gestión de la Secretaría Departamental de Planeación en conformidad con el requerimiento de Comité Departamental de Gestión y Desempeño, presidido por el Señor Gobernador y realizado en el mes de diciembre					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
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					

GRAFICA



DIC

A

Se cumplió a satisfacción la meta según lo proyectado.

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DICIEMBRE		TOTAL	Meta
FORMULA	Porcentaje de implementación de GIRF	N° de actividades GIRF implementados	5		5	40%
		N° de actividades GIRF	10		10	
		Resultado	50%		50%	
<b>ANALISIS</b>						
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						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
Desde la Subgerencia Administrativa y Financiera adelantar las acciones tendientes para mejorar la situación de liquidez de la ESE desde las acciones planteadas en el GIRF						

DICIEMBRE

Se cumplió satisfactoriamente la meta proyectada

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	MAY		TOTAL	Meta
FORMULA	Proceso documentado de cobro coactivo	Proceso de cobro coactivo documentado	1		1	1
		Resultado	1		1,00	
<b>ANALISIS</b>						
El procesos de cobro coactivo se encuentra documentado en el manual de cartera y cobro coactivo, el cual fue revisado por la subgerencia administrativa y financiera y el área de cartera efectuando mejoras al respecto						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
Revisar en comité técnico de sostenibilidad contable de acuerdo a la realidad y necesidades institucionales						

MAY

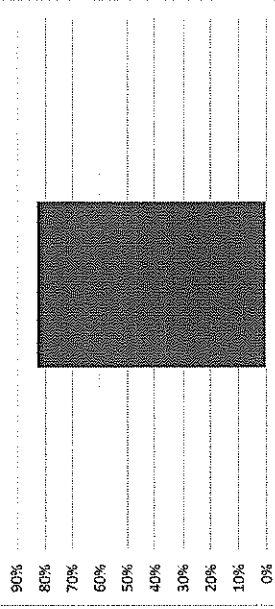
Se cumplió satisfactoriamente la meta proyectada

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

A

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DICIEMBRE		TOTAL	Meta
			DIC			
FORMULA	Proceso de cobro coactivo implementado	N° de facturas con proceso de cobro coactivo iniciado	83		83	
		N° total de facturas con mora superior a 180 días	100		100	50%
	Resultado		83%		83%	
<b>ANALISIS</b>						
El proceso se implemento en un 83,3 % dado que los único meses en los que se evidencia el no cumplimiento es en octubre y noviembre, este proceso es verificado desde la auditoría en salud						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
Aumentar la adherencia al proceso , desde la auditoría en línea de defensa (Primera línea: Persona responsable de cartera; Segunda Línea: Subgerencia administrativa y Financiera)						

GRAFICA



La meta se cumplió satisfactoriamente según lo proyectado

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

A

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	TOTAL				Meta	GRAFICA										
			MAR	JUL	SEP	DIC												
FORMULA	De acuerdo a índice de riesgo Resolución 2509 del 2012 de MinSalud	Hospital sin riesgo	0,63	0,60	0,53	0,5	Sin Riesgo	<table border="1"> <caption>Data for Risk Index Chart</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Value</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MAR</td> <td>0.63</td> </tr> <tr> <td>JUL</td> <td>0.60</td> </tr> <tr> <td>SEP</td> <td>0.53</td> </tr> <tr> <td>DIC</td> <td>0.5</td> </tr> </tbody> </table>	Month	Value	MAR	0.63	JUL	0.60	SEP	0.53	DIC	0.5
Month	Value																	
MAR	0.63																	
JUL	0.60																	
SEP	0.53																	
DIC	0.5																	
		Resultado	0,63	0,6	0,53	0,5	0,50											
<b>ANALISIS</b>																		
<p>En el Comité Técnico de Sostenibilidad Contable y en tarea liderada por el Contador de la Empresa con la verificación de la subgerencia administrativa y Financiera se hizo el ejercicio de seguimiento a los indicadores que catalogan el riesgo financiero en Empresas Sociales del Estado en conformidad con la metodología expuesta en la Resolución 2509 de 2012 de MinSalud, Iso resultados finales del índice de riesgo financiero con corte a diciembre de 2024, indican que de acuerdo a los rangos establecidos en la precitada Resolución, el Hospital se mantiene sin riesgo financiero. Es necesario mencionar que aún el Ministerio de Salud y Protección social no ha emitido la respectiva Resolución categorización de riesgo financiero, ya que la Resolución vigente data de la evaluación de la vigencia 2019, por lo cual el presente es un análisis interno</p>																		
<b>PLANES DE ACCION</b>																		
<p>Desde el área financiera de la empresa, seguir adoptando acciones que mantengan 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</p>																		

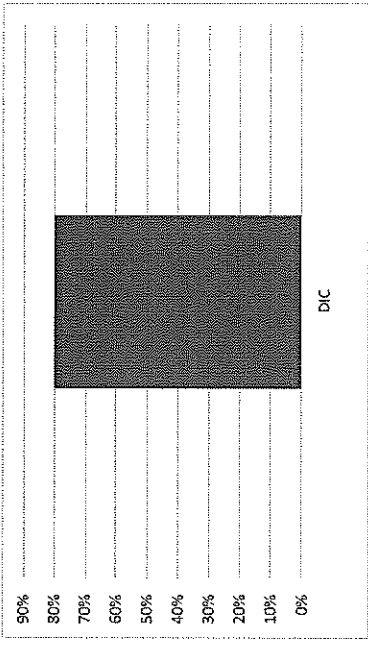
La meta se cumplió de manera satisfactoria.

4

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DICIEMBRE		TOTAL	Meta
			Realizado	Meta		
FORMULA	Política de disminución de costos operativos y gastos administrativos documentada e implementada	N° de estrategias implementadas	80	80	80	50%
		N° de estrategias planificadas	100	100	100	
		Resultado	80%	80%	80%	
<b>ANALISIS</b>						
Estas estrategias se encuentran documentadas en el GIRF, se han cumplido 4 de 5 lineamientos al respecto, teniendo pendiente la implementación de análisis prospectivo de los costos y gastos de la E.S.E.						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
Implementar la acción pendiente y hacer una revisión al planteamiento estratégico en conformidad con la realidad y necesidades institucionales						

GRAFICA



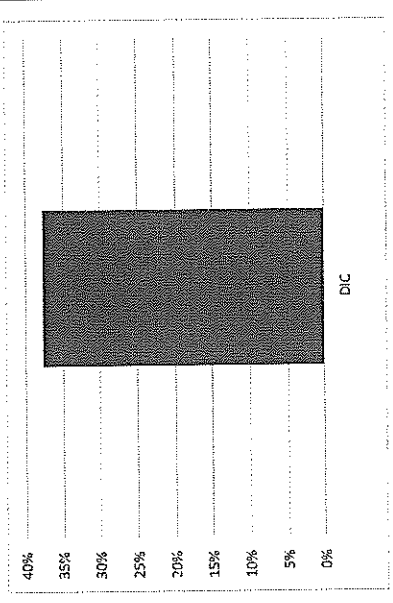
Se cumplió la meta planteada.

*f*

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



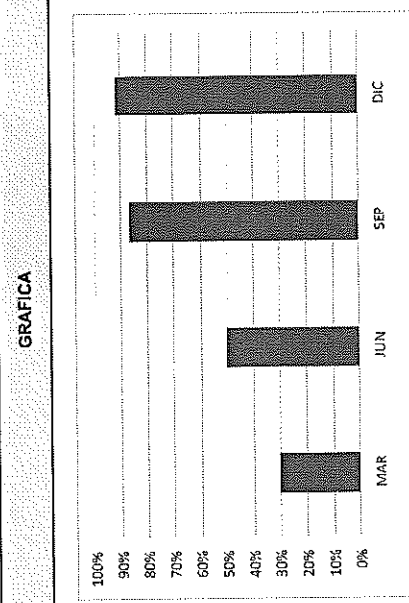
NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DICIEMBRE		TOTAL	Meta
FORMULA	Cálculo del recaudo efectivo de la vigencia	Total Recaudado efectivo de la vigencia	\$	4.578.923.000,00	\$ 4.578.923.000,00	50%
	Ingresos de la vigencia	Total Reconocimiento de la Vigencia	\$	12.172.550.897,00	\$ 12.172.550.897,00	
	Resultado	Resultado		38%	38%	
<b>ANALISIS</b>						
Se recaudo efectivamente el 38% de los servicios facturados durante la vigencia, este bajo responde a varios factores propios de la dinámica actual del sector salud, aunado a la liquidación de la EPS Comparta, la cual quedó con una cartera superior a los un mil millones de pesos, el no reconocimiento por parte de la EPS COMFAMILIAR HUILA de la atención de pacientes crónicos entre otros factores administrativos que ha afectado este factor						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
Implementar desde la gerencia, la subgerencia administrativa y financiera y tesoraría las acciones necesarias para aumentar el recaudo efectivo para evitar problemas de liquidez en conformidad con lo planteado en el GIRF						



No se cumplió con la meta proyectada

9. Meta: Mantener reconocimiento ambiental de hospital sostenible

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DICIEMBRE				TOTAL	Meta
			MAR	JUN	SEP	DIC		
FORMULA	Certificación Hospital Sostenible	Resultado	30	50	87	92	30	Reconocimiento Ambiental
			100	100	100	100	100	
	30%	50%	87%	92%	92%			
<b>ANALISIS</b>								
Para la vigencia 2021 la Gobernación de Boyacá y Corpoboyacá no realizaron la apertura del proyecto hospital sostenible, Desde las corporaciones autónomas se adelantó el concurso ECO Hospital Sostenible, al cual según los lineamientos del mismo no podemos aplicar, por tal manera desde el Comité Institucional de Gestión y Desempeño se decidió implementar un programa de gestión ambiental, al cual se daría seguimiento en el Comité Ambiental y bajo la responsabilidad de la asesoría de Seguridad y Salud en el Trabajo								
<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. Se recomienda que en caso de que para la vigencia 2022 no se apertura nuevamente el concurso, se tengan en cuenta los lineamientos históricos del mismo y la NTC 14001 sobre gestión ambiental para seguir sumando esfuerzos en la materia								



+

La meta no aplica para ser evaluada según lo proyectado, aún así es perentorio tener en cuenta el porcentaje de implementación del programa de gestión ambiental el cual es bastante bueno (92%)

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	Meta	
			DIC	TOTAL
FORMULA	Porcentaje de implementación de planes de mejoramiento	N° de planes de mejoramiento implementados	7	7
		N° de planes de mejoramiento diseñados	9	9
	Resultado	78%	78%	

**ANALISIS**

Como resultado de las auditorías de control interno se formularon 5 planes de mejoramiento en el área administrativa, de los cuales se cerraron efectivamente 3 y en el área asistencial como resultado de auditorías de entes de supervisión y control y auditorías internas en salud se formularon 4 planes, lo cuales se cerraron en su totalidad

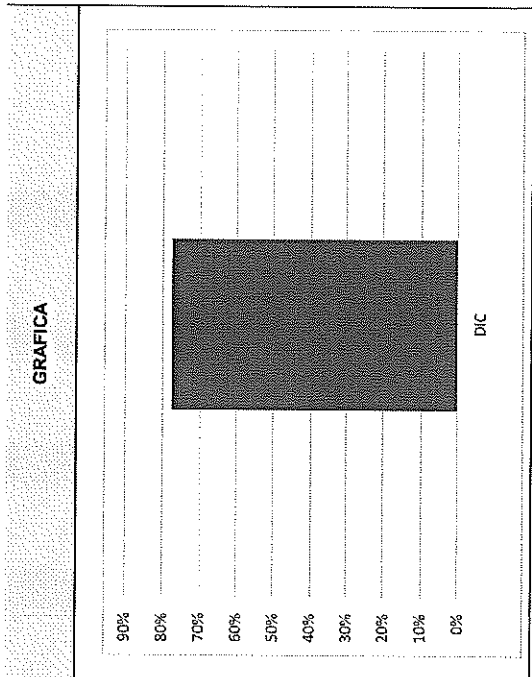
**PLANES DE ACCION**

Seguir articulando los procesos de auditoría según el modelo de líneas de defensa y cerrar los planes que aún sigan abiertos

Se cumplió satisfactoriamente la meta proyectada.

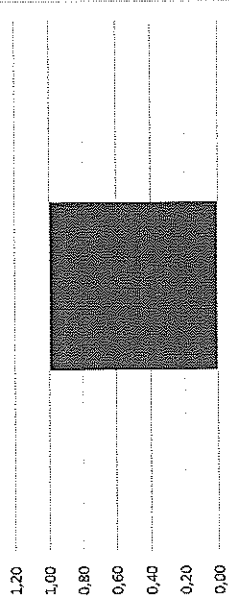
11. **Meta:** Fortalecer el funcionamiento y control de los comités institucionales

*K*



NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta
FORMULA	Documento de funcionamiento de los comités institucionales	Documento de manual de funcionamiento de los comités institucionales Resultado	1 1	1 1,00	Manual de funcionamiento de comités institucionales
<b>ANALISIS</b>					
Desde el área de Calidad y de planeación se documentó el Manual de Funcionamiento de los comités institucionales, teniendo como referencia los actos administrativos de cada uno y estableciendo un funcionamiento en conformidad con el modelo de líneas de defensa del DAPP					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Desde el área de calidad adelantará auditoría al proceso de comités institucionales verificando que en el interior de cada uno se cumpla con lo dispuesto en el manual, desde el área de planeación efectuar su verificación					

GRAFICA

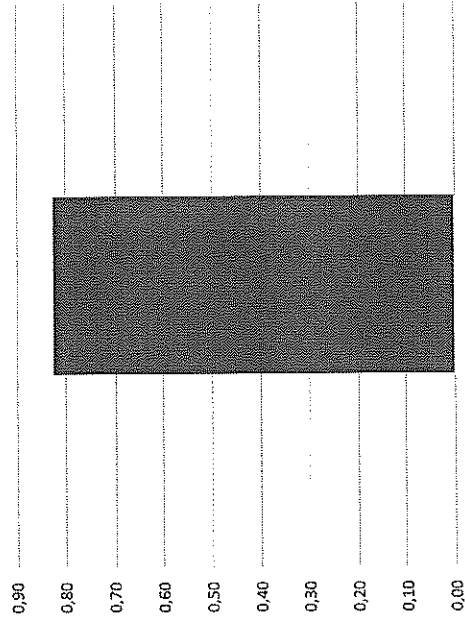


Se cumplió a satisfacción con la meta planteada.

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta
FORMULA	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 Resultado	14 17 82%	14 17 0,82	70%

GRAFICA



**ANALISIS**

Desde el área de Calidad se adelantó auditoría al cumplimiento de los POA de los comités institucionales, haciendo 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 en estos. Se cuentan con 22 comités institucionales, de los cuales 17 cuentan con POA, dado que los 6 restantes gozan de fuero especial. Se estableció en el Manual de funcionamiento de los comités que una calificación satisfactoria es mayor al 80%, por lo tanto de los 17 Comités con POA, 14 cumplieron con la calificación, los que no cumplieron son Historias Clínicas, Archivo e inventarios. El promedio de ejecución de todos los POA fue de un 88%.

**PLANES DE ACCION**

Ajustar las metas en algunos POA, estableciendo indicadores estratégicos que se articulen con el plan de acción institucional y por ende con el Plan de Desarrollo

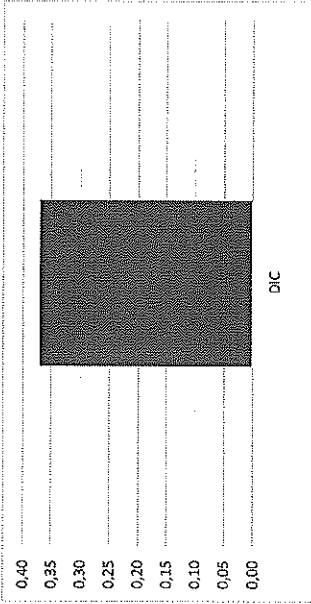
4

La meta se cumple satisfactoriamente.

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC		TOTAL	Meta
FORMULA	Porcentaje de trabajadores con riesgo psicosocial con intervención	N° de trabajadores con alto riesgo psicosocial intervenidos	13		13	>= 30%
		Total de trabajadores con riesgo psicosocial	35		35	
		<b>Resultado</b>	37%		0,37	
<b>ANALISIS</b>						
Se realizan diferentes actividades como talleres, capacitaciones, encuestas de clima organizacional, pero la participación del personal de planta es baja.						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
Generar estrategias de participación para generar una mayor cobertura en las diferentes actividades de intervención para la prevención del riesgo psicosocial.						

GRAFICA



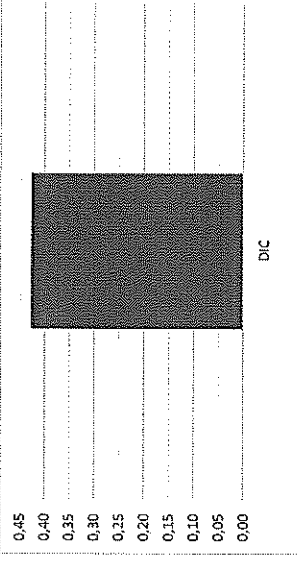
DIC

Se cumplió la meta proyectada.

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC		TOTAL	Meta
FORMULA	Porcentaje de trabajadores con riesgo ergonómico con intervención	N° de trabajadores con alto riesgo ergonómico intervenidos	15		15	>= 30%
		Total de trabajadores con riesgo ergonómico	35		35	
		<b>Resultado</b>	43%		0,43	
<b>ANALISIS</b>						
Se realizan adecuaciones de los puestos de trabajo por recomendaciones medicas, se genera inspecciones de puesto de trabajo con énfasis en ergonomía para identificar las prioridades a intervenir						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
Se recomienda hacer cambio del mobiliario (Sillas), para mejorar las condiciones ergonomicas del puesto de trabajo, continuar con el desarrollo de las pausas activas, gimnasia laboral y actividades de promoción y prevención del riesgo ergonómico						

GRAFICA



DIC

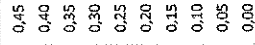
t

Se cumplió la meta proyectada.

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta
	Porcentaje de trabajadores con accidentes de trabajo	N° de accidentes de trabajo en la vigencia	2	2	
FORMULA	Total de trabajadores	Resultado	35	35	<=15%
			6%	6%	
<b>ANALISIS</b>					
Se presentaron dos accidentes por caída del mismo nivel y riesgo biológico, donde se identifican factores personales y condiciones de la tarea, la combinación de estos factores genero la ocurrencia de estos eventos.					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Generar sensibilización con los funcionarios de la importancia de la concentración al momento de ejecutar las labores y de la importancia del reporte de las condiciones inseguras que generen un riesgo.					

GRAFICA



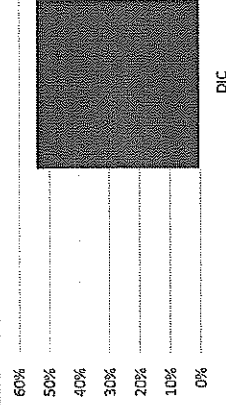
DIC

Se cumplió satisfactoriamente con la meta planteada.

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta
FORMULA	Proportión de implementación de programas del PINAR	N° de programas del PINAR implementados	18	18	30%
		Total programas PINAR	33	33	
		Resultado	55%	55%	
<b>ANALISIS</b>					
Se ejecutaron 18 de los 33 programas del PINAR, las líneas que no se cumplieron están relacionadas con la organización del fondo documental					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Cumplir con la meta proyectada en el PINAR para la vigencia 2022, publicarlo antes del 31 de enero en conformidad con el Decreto 612 de 2018					

GRAFICA



DIC

4

Se cumplió la meta proyectada.

17. Meta: Organizar el fondo documental institucional.

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta	GRAFICA
FORMULA	Proporción de metros lineales del fondo documental organizados	N° de metros lineales de fondo documental organizado	0	0	100%	
		N° total de metros lineales de fondo documental	0	0		
		Resultado	0%	0%		
<b>ANALISIS</b>						
No se organizó el fondo documental debido a las restricciones presupuestales de la E.S.E.						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
Adelantar este proceso de manera prioritaria en la vigencia 2022 y ejecutarlo según la disponibilidad presupuestal						

No se cumplió con la meta proyectada.

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

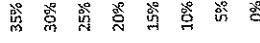
NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta	GRAFICA
FORMULA	Proporción de implementación del SIC	N° de programas del SIC Implementados	0	0	25%	
		Total programas del SIC	0	0		
		Resultado	0%	0%		
<b>ANALISIS</b>						
Solo se formuló el SIC más no se implementó						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
Ejecutar prioritariamente las acciones planteadas						

No se cumplió con la meta proyectada.

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta
FORMULA	Proporción de archivos electrónicos creados	N° de archivos electrónicos creados	33	33	30%
		Total de expediente electrónicos a crear	100	100	
		<b>Resultado</b>	<b>33%</b>	<b>33%</b>	
<b>ANALISIS</b>					
Se documentó el SGDEA en el comité institucional de archivo, y se empezó a implementar la digitalización de todos los documentos contractuales, y actos administrativos de gerencia y las subgerencias, de igual manera se esta digitalizando todos los documentos requeridos según la matriz ITA, lo cual se calcula como un 1/3 de la documentación producida digitalizada según el plan					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Ejecutar el SGDEA y plantear la manera de cumplir con la meta planteada para la siguiente vigencia					

GRAFICA



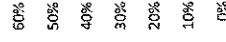
DIC

Se cumplió la meta proyectada.

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta
FORMULA	Proporción de capacitaciones sobre SGDEA ejecutadas	N° de capacitaciones realizadas	1	1	50%
		Total de capacitaciones en gestión electrónica documental	2	2	
		<b>Resultado</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>	
<b>ANALISIS</b>					
En el PIC se planificaron 2 capacitaciones, de las cuales se ejecutó 1, la cual adelantó de manera personalizada el contratista del software SGDEA de la E.S.E.					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Seguir capacitando al personal en lo referente al SGDEA según lo planeado					

GRAFICA



DIC

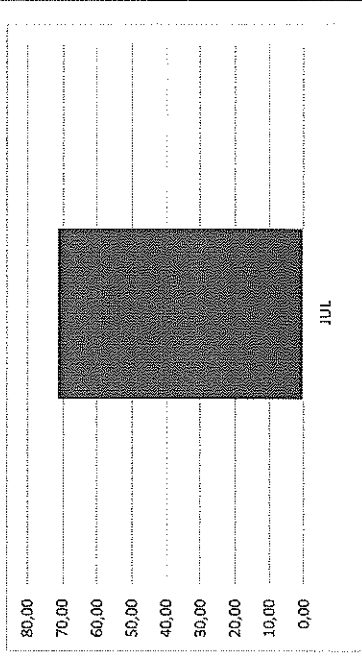
Se cumplió con la meta proyectada.

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

*(Handwritten mark)*

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	TOTAL		Meta
			JUL		
FORMULA	Indice de desempeño institucional MIPG	Indice institucional MIPG	71,4	71,4	63
		Resultado	71,4	71,40	
<b>ANALISIS</b>					
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 2021 respecto a los resultados del 2020, los resultados de la vigencia evaluada (2021) se darán en julio de 2022. El índice de 2020 no solo supera la meta planteada, sino que muestra una mejora significativa en la implementación del MIPG, con un incremento del 23% respecto a los resultados de la vigencia anterior					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Desde la oficinas asesoras de planeación y control interno diligenciar los formatos de evaluación de la vigencia 2021 en las fechas oportunas y elaborar junto con los líderes de proceso los planes de mejoramiento por área como resultado de las recomendaciones FURAG que se esperan entre los meses de junio o julio					

GRAFICA

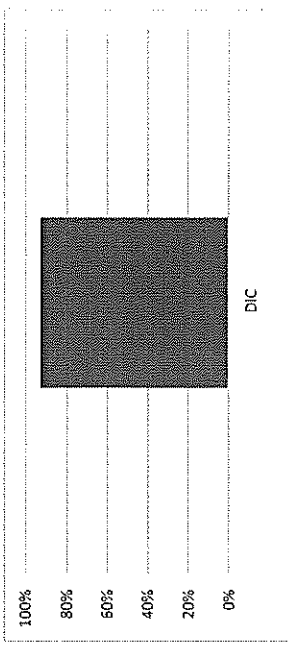


Se cumplió a satisfacción la meta proyectada.

## 22. Meta: Gestionar el plan anual de auditorías

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	TOTAL		Meta
			DIC		
FORMULA	Proporción de auditorías realizadas	N° de auditorías realizadas	13	13	60%
		N° de auditorías planeadas	14	14	
		Resultado	93%	93%	
<b>ANALISIS</b>					
Desde la oficina asesora de control interno se adelantaron 12 de las 13 auditorías proyectadas en el plan de auditorías, de los cuales se concertaron planes de mejoramiento con los líderes de proceso y se presentaron informes a la alta dirección con el fin de establecer puntos de control y mejoras a la gestión, además de apoyar la auditoría que solicitó la Junta Directiva a Revisoría Fiscal al área de cartera, de la cual se presentó informe conjunto, por tanto se realizaron 13 de 14 auditorías					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Proyectar desde la oficina asesora de control interno un plan de auditorías basado en riesgos y en el modelo de líneas de defensa según lo planteado por el DAFP					

GRAFICA



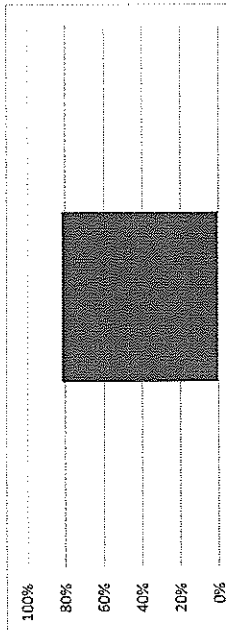
Se cumplió la meta a satisfacción.

## 23. Meta: Actualizar los mapas de riesgo por procesos



NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta
FORMULA	Proporción del número de procesos con su mapa de riesgos actualizado	N° de procesos con mapa de riesgos actualizado	14	14	10%
		N° total de procesos	17	17	
		<b>Resultado</b>	82%	82%	
<b>ANALISIS</b>					
Desde la oficina asesora de planeación se actualizó la política institucional de gestión de riesgos según la metodología del DAFP, en la cual se estableció que se harían mapas de riesgos por procesos, de los cuales se actualizaron 14 mapas de 17 procesos existentes					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Actualizar las matrices de riesgo en conformidad con la metodología del DAFP y la metodología de la SUPERSALUD para el sector					

GRAFICA



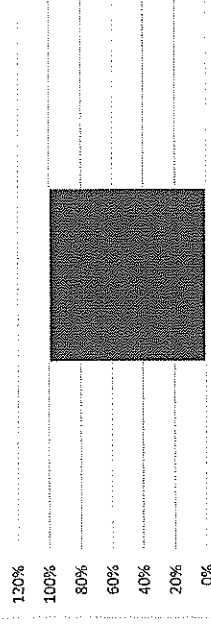
DIC

Se cumplió la meta a satisfacción

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta
FORMULA	proporción de lineamientos implementados del plan de prevención de conducta antijurídica	N° de lineamientos implementados	5	5	100%
		N° de lineamientos formulados del plan de prevención de conducta antijurídica	5	5	
		<b>Resultado</b>	100%	100%	
<b>ANALISIS</b>					
Se documentó el plan desde el área jurídica, de los cuales se cumplen con 5 de 5 lineamientos, cuya implementación certifica el asesor jurídico externo como responsable de la implementación					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Es necesario hacer seguimiento a este plan desde el comité de conciliaciones					

GRAFICA



DIC

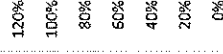
Se cumplió con la meta proyectada.

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

4

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DICIEMBRE		TOTAL	Meta
			DIC			
FORMULA	proporción de lineamientos implementados	N° de lineamientos implementados	7		7	100%
		N° de lineamientos formulados del manual de adecuada defensa	7		7	
		Resultado	100%		100%	
<b>ANALISIS</b>						
Se documentó el plan desde el área jurídica, de los cuales se cumplen con 7 de 7 lineamientos, cuya implementación certifica el asesor jurídico externo como responsable de la implementación						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
Es necesario hacer seguimiento a este plan desde el comité de conciliaciones						

GRAFICA



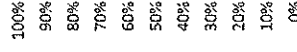
DIC

Se cumplió con la meta proyectada.

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DICIEMBRE		TOTAL	Meta
			DIC			
FORMULA	proporción de lineamientos implementados	N° de procesos contractuales adelantados que cumple la ruta contractual establecida	180		180	100%
		Total de procesos de contratación	204		204	
		Resultado	88%		88%	
<b>ANALISIS</b>						
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 SECOPI, pues de los 204 procesos que se adelantaron en la vigencia, 24 se publicaron fuera de tiempo						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
Es necesario que desde el área contractual se garantice que todos los procesos contractuales de la vigencia 2022 se publiquen en los tiempos perentorios.						

GRAFICA



DIC

No Se cumplió la meta proyectada.

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

*[Handwritten signature]*

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta	GRAFICA
FORMULA	Proporción de necesidades satisfechas	N° procesos de contratación	88	88	90%	
		Total necesidades del PAA	88	88		
		Resultado	100%	100%		
<b>ANALISIS</b>						
De las 88 necesidades proyectadas en el PAA se satisficieron oportunamente las 88						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
Proyectar el PAA segun las necesidades institucionales y la plaenación institucional						

Se cumplió a satisfacción con la meta proyectada.

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

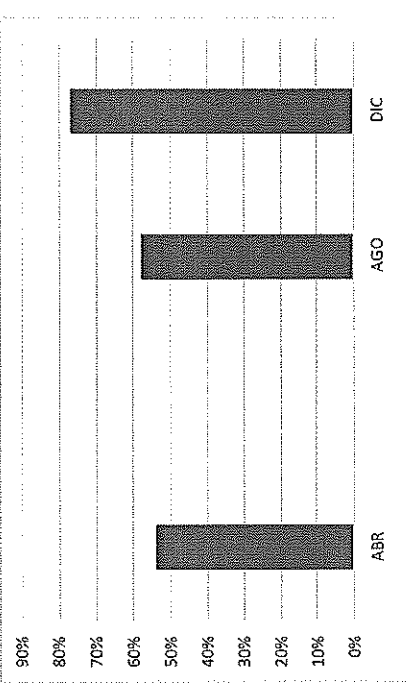
NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta	GRAFICA
FORMULA	Proporción de activos fijos actualizados	Total de activos actualizados	100	100	50%	
		Total de activos fijos	100	100		
		Resultado	100%	100%		
<b>ANALISIS</b>						
Entre los meses de octubre y noviembre de 2020 se hizo el levantamiento de todos los activos fijos de la entidad, de los cuales y de acuerdo al criterio técnico según la tipología de cada bien (Equipos informáticos, biomédicos, 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 plaquteo 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 de manejo de los activos fijos de la E.S.E., durante la vigencia 2021 y en el comité de inventarios se adelantó el proceso para dar de baja los precitados bienes. Desde el área de almacén se han mantenido actualizados los activos fijos mediante plaquteo según lo dispuesto en el manual.						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
Se recomienda seguir actualizando los activos fijos, hacer verificación anual desde la segunda línea de defensa (Subgerencia administrativa y financiera)						

4

Se cumplió a satisfacción la meta proyectada.

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	GRAFICA			Meta
			ABR	AGO	DIC	
FORMULA	Proporción de cumplimiento de las acciones planteadas en PAAC	N° de acciones implementadas y publicadas en la página web del plan anticorrupción y de	54	58	77	70%
		N° total de acciones formuladas del plan anticorrupción y de atención al ciudadano	100	100	100	
		<b>Resultado</b>	<b>54%</b>	<b>58%</b>	<b>77%</b>	
<b>ANALISIS</b>						
Se planeó, documentó y publicó el PAAC antes del 31 de enero de acuerdo a la normatividad vigente, desde la oficina asesora de planeación en segunda línea se hizo seguimiento y desde la oficina asesora de control interno se hizo evaluación cuatrimestral del plan según lo normativo						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
Documentar el PAAC según el lineamiento del DAPP, publicar en página web antes del 31 de enero de 2022 y cumplir las metas establecidas para la vigencia						



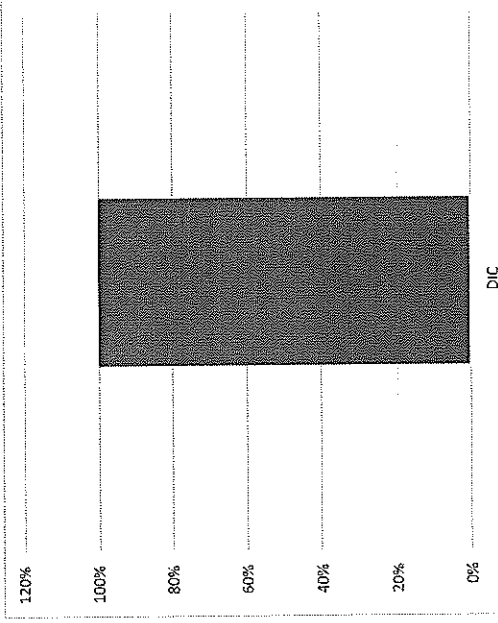
Se cumplió a satisfacción la meta proyectada.

30. **Meta:** Actualizar e implementar el plan de integridad institucional

*A*

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DICIEMBRE		Meta
			DIC	TOTAL	
FORMULA	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	1	1	100%
		N° total de acciones formuladas del plan de integridad institucional	1	1	70%
		<b>Resultado</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	
<b>ANALISIS</b>					
<p>El plan de integridad institucional de la vigencia 2021 esta encaminado en dar cumplimiento a la transparencia pasiva y activa según la publicación de los factores ITA, como se detalla a continuación, 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.</p>					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Es necesario verificar las nuevas disposiciones de la Procuraduría sobre la matriz ITA, así como plantear el plan de integridad institucional para la vigencia 2022, teniendo en cuenta la política MIPG de integridad					

GRAFICA



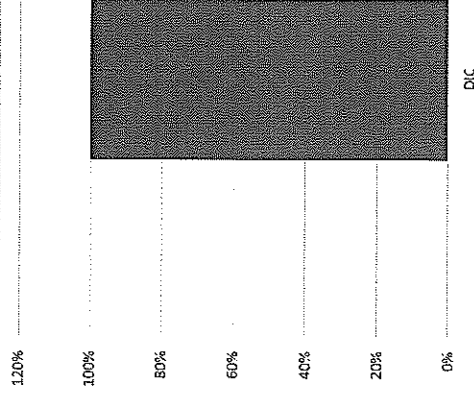
Se cumplió la meta proyectada

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

*f*

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta
FORMULA		N° de acciones implementadas y publicadas en la página web del plan de buen gobierno.	1	1	
	Proporción de cumplimiento de las acciones planeadas en el plan de buen gobierno	N° total de acciones formuladas del plan de buen gobierno	1	1	70%
		Resultado	100%	100%	
<b>ANALISIS</b>					
<p>El plan de buen gobierno de la vigencia 2021 esta encaminado en dar cumplimiento a la transparencia pasiva y activa según la publicación de los factores ITA, como se detalla a continuación. 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.</p>					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
<p>Es necesario verificar las nuevas disposiciones de la Procuraduría sobre la matriz ITA, así como plantear el plan de buen gobierno institucional para la vigencia 2022, teniendo en cuenta la política MIPG de integridad</p>					

GRAFICA



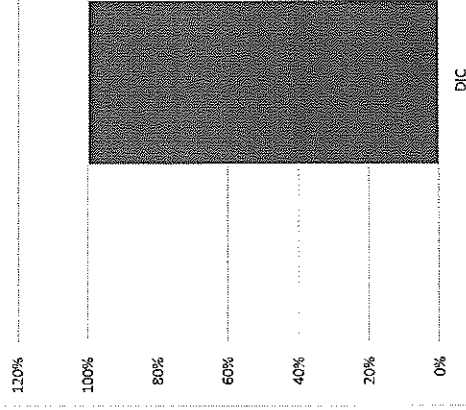
Se cumplió con la meta proyectada.

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

*[Handwritten signature]*

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta
FORMULA	Proporción de cumplimiento de las acciones planteadas con las veedurías ciudadanas y alianzas de usuarios	Actividades realizadas con alianzas de usuarios	3	3	50%
		Total de actividades de participación de alianza de usuarios (Rendición de cuentas y seguimiento ejecución plan de desarrollo)	3	3	
		Resultado	100%	100%	
<b>ANALISIS</b>					
Las actividades planteadas para vigencia 2021 según la presente meta consistió en las reuniones trimestrales con alianza de usuarios, la participación de los usuarios en la audiencia pública de rendición de cuentas, y la participación de los ciudadanos en las aperturas de buzón, comités de PQRSDF y ética hospitalaria, a todas se les dio cumplimiento desde el área de SIAU con supervisión de la subgerencia científica					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Proyectar y ejecutar las acciones necesarias para fortalecer la participación ciudadana en la gestión pública.					

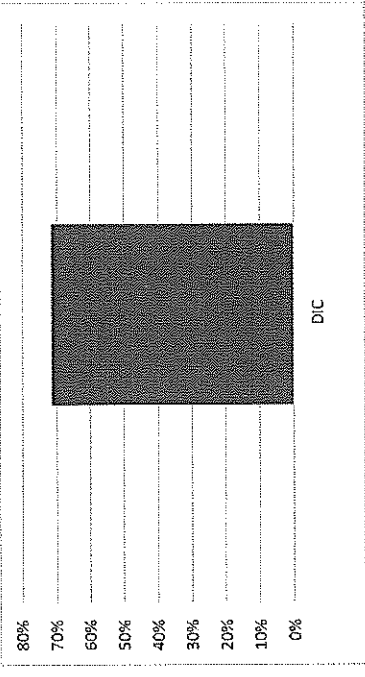
GRAFICA



Se cumplió con la meta proyectada.

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	GRAFICA	
			DIC	Meta
FORMULA	Proporcion de cumplimiento de las acciones planteadas en PAAC	N° de documentos publicados en pagina web	135	70%
		N° de documentos que requieren publicacion en pagina web	189	70%
		<b>Resultado</b>	<b>71%</b>	<b>71%</b>
<b>ANALISIS</b>				
Se ha estado publicando las generalidades de datos abiertos, informacion básica de la entidad, los planes institucionales, convocatorias publicas 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 actualización de los funcionarios y contratistas de la E.S.E., con toda la informacion reglamentaria, así como publicar la informacion contractual en los procesos de contratación directa con los respectivos link de las páginas del estado, informacion sobre los procesos institucionales, informes financieros de manera oportuna (mes a mes), la informacion sobre participacion ciudadana				



Se cumplió satisfactoriamente la meta proyectada.

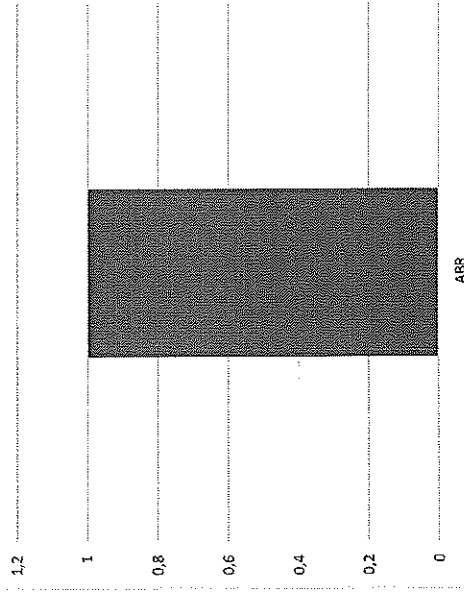
33. Meta: Fortalecer la participación de la veeduría ciudadana y la alianza de usuarios en las actividades de la E.S.E.

*A*



NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	Meta	
			ABR	TOTAL
FORMULA	Audiencia pública de rendición de cuentas	Jornada de rendición de cuentas realizada	1	1
		Resultado	1	1
<b>ANALISIS</b>				
En 30 de abril de 2021 se realizó la audiencia pública de rendición de cuentas, la cual se hizo de manera virtual por las redes sociales de la E.S.E., para lo cual desde el área de planeación se diligenció el formato gr003 de la SUPERSALUD, desde la gerencia y subgerencias se consolidó el informe y sus respectivos anexos que fueron publicados en la página web un mes antes de la audiencia según lo dispuesto normativamente, de igual manera se contó con reglamento y manual de la audiencia, así como se garantizó los medios de participación ciudadana				
<b>PLANES DE ACCION</b>				
Planear y ejecutar la audiencia pública de rendición de cuentas de la vigencia 2021 según lo dispuesto normativamente				

GRAFICA



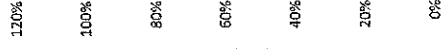
Se cumplió la meta proyectada.

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

*[Handwritten signature]*

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DICIEMBRE		Meta
			DIC	TOTAL	
FORMULA		N° de reuniones realizadas con alianzas de usuarios	4	4	
	Reuniones con alianza de usuarios	n° de reuniones planeadas con alianzas de usuarios	4	4	4
		Resultado	100%	100%	
<b>ANALISIS</b>					
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: 1. 30 de abril, audiencia pública de rendición de cuentas; 2. 11 de junio en taller de capacitación; 3. 24 de junio en mesas de trabajo departamental de participación social; 4. 10 de septiembre, capacitación sobre atención al usuario dirigido hacia las alianzas.					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Proyectar y ejecutar las acciones necesarias para fortalecer la participación ciudadana en la gestión pública.					

GRAFICA



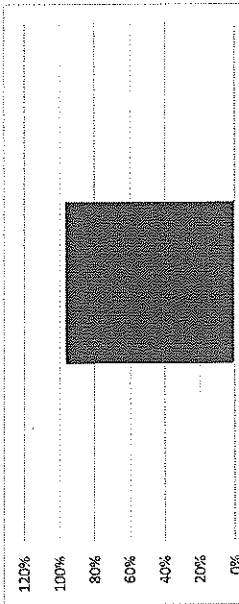
Se cumplió con la meta proyectada.

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

*A*

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta
FORMULA	Proporción de usuarios hospitalizados satisfechos	N° de usuarios satisfechos sobre confort y buen trato encuestados	1333	1333	15%
		Total de usuarios	1375	1375	
		<b>Resultado</b>	<b>97%</b>	<b>97%</b>	
<b>ANALISIS</b>					
Desde la gerencia y la subgerencia científica se han aunado esfuerzos para mejorar las condiciones de confort hospitalaria, desde el programa de seguridad del paciente y la auditoría de calidad en coordinación con la subgerencia administrativa y financiera se han mejorado las condiciones locativas y de hotelería hospitalaria					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Seguir aunando esfuerzos que propendan por el mejoramiento continuo, teniendo en cuenta el aumento de la capacidad instalada					

GRAFICA

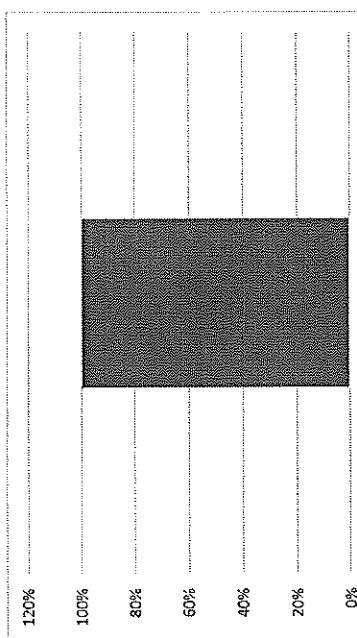


Se cumplió la meta proyectada.

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	GRAFICA	
			DIC	TOTAL
FORMULA	Estructurar e implementar proceso institucional de mercadeo de servicios de salud	N° de procedimientos implementados del proceso institucional de mercadeo de servicios de salud	1	1
		Total de procedimientos del proceso institucional de mercadeo de servicios de salud	1	1
		<b>Resultado</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>ANALISIS</b>				
Desde el área de facturación y mercadeo de servicios de salud se identificó, documentó y se está implementando el procedimiento de mercadeo de servicios de salud				
<b>PLANES DE ACCION</b>				
Evaluar y mejorar el procedimiento para buscar un plan de mercadeo de servicios de salud que impacte en mayor medida				

GRAFICA



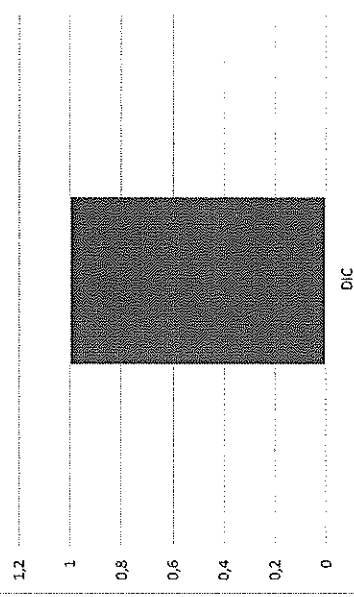
*[Handwritten mark]*

Se cumplió con la meta proyectada.

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DICIEMBRE		Meta
			DIC	TOTAL	
FORMULA	Plan documentado	Plan de gestión del conocimiento y la innovación	1	100%	1
		Resultado	100%	100%	
<b>ANALISIS</b>					
La subgerencia administrativa y financiera con la asesoría del área de planeación documentó el plan en conformidad con los lineamientos de la política MIPG de gestión de conocimiento y la innovación					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Ejecutar el plan de conocimiento y la innovación, teniendo en cuenta la articulación con el PETH de la vigencia 2022					

GRAFICA



Se cumplió con la meta proyectada.

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

X

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	GRAFICA	
			DIC	Meta
FORMULA	Plan de práctica en el marco de los convenios docencia-servicio	Grupos de estudiantes con plan de prácticas	100%	1
		Resultado	100%	
<b>ANALISIS</b>				
Todos los estudiantes de la UPTC (Psicología y medicina) y UNIBOYACÁ (Medicina y especialización de medicina del deporte) 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				
<b>PLANES DE ACCION</b>				
Seguir verificando el cumplimiento de los convenios docencia-servicio y de ser posible aumentar la cobertura de los mismos en bienestar de la E.S.E.				

Se cumplió la meta proyectada

### 5.3. Línea Estratégica Infraestructura

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



NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	TOTAL		Meta
			FEB		
FORMULA	Concepto de viabilidad técnica del Ministerio de Salud y Protección Social	Concepto de viabilidad técnica del Ministerio de Salud	Concepto Desfavorable	Concepto Desfavorable	Concepto favorable
		Resultado	Concepto Desfavorable	Concepto Desfavorable	
<b>ANALISIS</b>					
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.					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Radicar de manera prioritaria el proyecto con la subsanación de observaciones para dar trámite al proyecto					

No se cumplió con la meta proyectada.

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



NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DICIEMBRE		TOTAL	Meta	GRAFICA
FORMULA	Proporción de usuarios satisfechos	Certificado de disponibilidad de recursos respecto al valor total del proyecto	0%	0%	10%	10%	
		Resultado	0%	0%	0,00		
<b>ANALISIS</b>							
No se emite disponibilidad presupuestal debido a las restricciones presupuestales de la empresa							
<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.

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

*[Handwritten signature]*

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta	GRAFICA
		Servicios a los que se les realizó diagnóstico sobre privacidad y confort de la infraestructura	2	2		<p>A bar chart with a vertical axis from 0% to 120% in 20% increments. A single bar labeled 'DIC' reaches the 100% mark.</p>
FORMULA	Proporción de servicios prioritizados intervenidos	Total de servicios prioritizados	2	2	100%	
		Resultado	100%	100%		
<b>ANALISIS</b>						
Se realizó en la vigencia 2020, desde el área de calidad se hace diagnóstico según requisitos de habilitación hospitalaria , lo cual fue insumo para el plan de mantenimiento hospitalario de la vigencia 2022						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
Para la vigencia 2022 se debe hacer el diagnóstico 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						

Se cumplió a satisfacción con la meta proyectada.

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta	GRAFICA
		N° de Actividades de mantenimiento ejecutadas	90%	90%		<p>A bar chart with a vertical axis from 0% to 100% in 20% increments. A single bar labeled 'DIC' reaches the 90% mark.</p>
FORMULA	Proporción de servicios prioritizados intervenidos	Total de actividades del plan de mantenimiento hospitalario	90%	90%	90%	
		Resultado	90%	90%		
<b>ANALISIS</b>						
Se ejecutan el plan de mantenimiento hospitalario en un 90% a cargo de la subgerencia administrativa y financiera						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
Presentar a la Secretaría Departamental de Salud plan de mantenimiento hospitalario según las necesidades institucionales						

Se cumplió parcialmente con la meta proyectada.

x



5. Meta: Planear y elaborar el PETI

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	ENE		TOTAL	Meta	GRAFICA
FORMULA	PETI Documentado	PETI documentado	100	100	1,00	1	
		Resultado	100%				
<b>ANALISIS</b>							
El área de sistemas documentó PETI con asesoría del área de planeación según los lineamientos de MIPG y del MINTIC							
<b>PLANES DE ACCION</b>							
Ejecutar el PETI 2022 en conformidad con las metas planteadas							

Se cumplió a satisfacción con la meta proyectada

6. Meta: Implementar el PETI

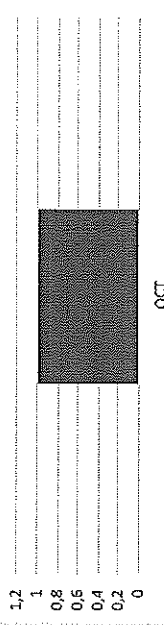
NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	ENE		TOTAL	Meta	GRAFICA
FORMULA	Porcenta de ejecución del PETI	Porcentaje de lineamientos del PETI ejecutados	81%		0,81	50%	
		Resultado	81%				
<b>ANALISIS</b>							
El área de sistemas ejecutó el PETI en un 81%, teniendo en cuenta que es la primera vez que la E.S.E. 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.							
<b>PLANES DE ACCION</b>							
Ejecutar el PETI 2022 en conformidad con las metas planteadas, según lo aprobado en el plan de acción para la vigencia							

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

*[Handwritten signature]*

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	OCT		TOTAL	Meta
FORMULA	Documento técnico	Estudio de viabilidad técnico y financiero	1		1	1
		Resultado	1		1	
<b>ANALISIS</b>						
El área de sistemas y la subgerencia administrativa y financiera lideraron la elaboración del documento de viabilidad técnica (Sistemas) y financiero (Subgerencia administrativa y financiera), para lo cual tomaron como insumo una recolección de las necesidades y dificultades con el software actual, reunión con dos posible oferentes en el mercado y						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
En la medida de las disposiciones presupuestales, hacer el cambio de software para mejorar los procesos institucionales según lo indentificado						

GRAFICA

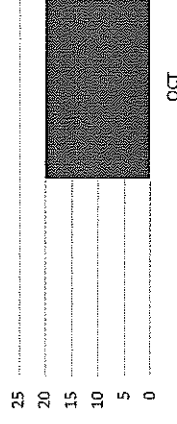


Se cumplió con la meta proyectada.

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC		TOTAL	Meta
FORMULA	Equipos actualizados	Equipos actualizados	20		20	13
		Resultado	20		20	
<b>ANALISIS</b>						
En la vigencia 2020 se adquirieron 12 equipos, en la vigencia 2020, se adquirieron 4 equipos de computo, tres impresoras convencionales, una impresora para imprimir manillas para identificación de pacientes, para un total de 20 equipos, se tienen proyectadas para los 4 años de la vigencia cambiar 25, lo que indica que en 2021 se debieron cambiar 13, al ir en 20 se esta cumpliendo ampliamente la meta						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
Cambiar y/o adquirir hardware nuevo en conformidad con los diagnósticos de TI y el presupuesto de la E.S.E.						

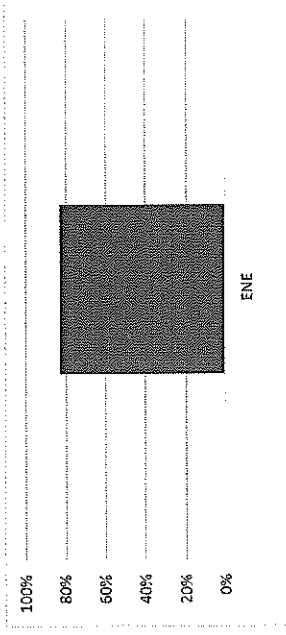
GRAFICA



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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	ENE	TOTAL	Meta
FORMULA	Porcenta de ejecución del MSPI	Porcentaje de lineamientos del MSPI ejecutados	83%	0,83	35%
		Resultado	83%	83%	
<b>ANALISIS</b>					
El área de sistemas ejecutó el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información en un 83%, teniendo en cuenta que es la 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					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Ejecutar el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información 2022 en conformidad con las metas planteadas, según lo aprobado en el plan de acción para la vigencia. Es importante diligenciar la matriz de diagnóstico que plante al MINTIC para medir la implementación del MSPI					

GRAFICA



Se cumplió con la meta proyectada.

#### 5.4. Línea Estratégica de Desarrollo de Servicios

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	OCT	TOTAL	Meta
FORMULA	Proporción de personas a las que se socializó el modelo	N° de personas a las que se socializó el modelo de prestación de servicios	100	100	100%
		Total de personal de la entidad	100	100	100%
		Resultado	100%	100%	100%

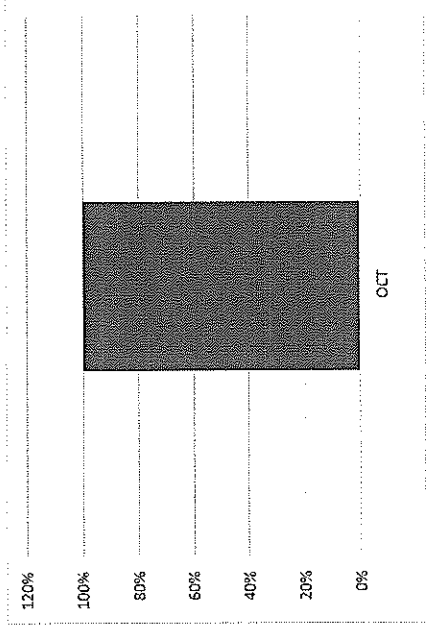
ANALISIS

Se realizaron múltiples mesas de trabajo con todo el personal asistencial y con el aporte de ellos se realiza la actualización del Modelo de prestación de servicios: MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL EN SALUD MENTAL (MOPS-IA-001). La socialización se realizó en reuniones por grupos y se volvió a socializar mediante los videos de inducción y reintroducción de los cuales desde a subgerencia administrativa realizó la aplicación de la evaluación entregada para el mismo a la fecha con una cobertura y aprobación del 95%. Los soportes de socialización y evaluación por reintroducción reposan en la subgerencia administrativa

PLANES DE ACCION

Seguir socializando el modelo desde la subgerencia científica y evaluandolo desde la auditoria en salud, planteando acciones que propendan por la adherencia del mismo

GRAFICA



Se cumplió con la meta proyectada.

A

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta
FORMULA	Proporción de procesos en los que se implementó el modelo	N° de procesos del área asistencial en donde se implementó el modelo	5	5	100%
		Total de procesos del área asistencial	5	5	100%
		<b>Resultado</b>	100%	100%	100%
<b>ANALISIS</b>					
Se implementó el modelo en los 5 procesos del área asistencial, su adherencia se esta midiendo desde el área de auditoría en salud					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Seguir socializando el modelo desde la subgerencia científica y evaluandolo desde la auditoría en salud, planteando acciones que propendan por la adherencia del mismo					

**GRAFICA**

Se cumplió con la meta proyectada

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta
FORMULA	Proporción de pacientes con plan terapéutico	N° de pacientes en internación con un plan terapéutico de rehabilitación integral en	100	100	100%
		Total de pacientes en internación	100	100	100%
		<b>Resultado</b>	100%	100%	100%
<b>ANALISIS</b>					
Todos los pacientes 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, se proyecta para mejorar la rehabilitación la inclusión de un terapeuta ocupacional por unidad de internación, fortalecer el área de trabajo social, aunado al licenciado en educación física que dirige actividades físicas en los pacientes.					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Implementar las acciones de mejora en conformidad con el modelo integral con enfoque diferencial en salud mental, verificar su adherencia en primera línea por la subgerencia científica y en segunda línea por auditoría en salud.					

**GRAFICA**

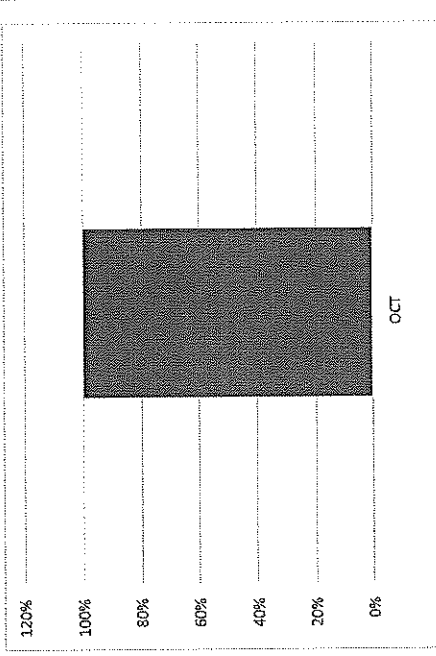
*(Handwritten signature)*

Se cumplió con la meta proyectada

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta
<b>FORMULA</b>	Proporción de pacientes con interacción familiar y comunitaria	Nº de pacientes en interacción con actividades de interacción familiar y comunitaria ejecutadas	100	100	90%
		Total de pacientes en interacción	100	100	100%
<b>ANALISIS</b>					
Se considera con cumplimiento del 100%					
Dentro del modelo institucional se abarca el proceso de Psicoterapia Familiar, Psicoterapias Grupales y Sesiones socioeducativas que permiten fortalecer el vínculo de los pacientes a nivel familia y a nivel comunidad. Aunado que desde trabajo social y psiquiatría en conformidad con el estado del paciente se trabaja en que se conecte y se reintegre con su familia					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Implementar las acciones de mejora en conformidad con el modelo integral con enfoque diferencial en salud mental, verificar su adherencia en primera línea por la subgerencia científica y en segunda línea por auditoría en salud.					

GRAFICA



Se cumplió con la meta proyectada

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

*[Handwritten mark]*

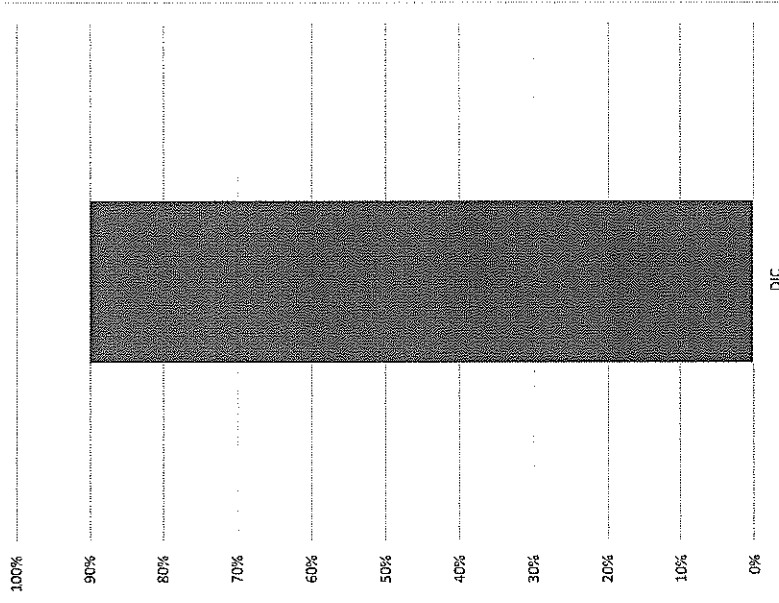
NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	TOTAL		Meta
			ENE		
<b>FORMULA</b>	Programa de desarrollo de competencias y habilidades del paciente implementado	Implementación del programa de desarrollo de competencias y habilidades del paciente	Implementado	Implementado	Implementado
		<b>Resultado</b>	Implementado	Implementado	
<b>ANALISIS</b>					
<p>El programa de desarrollo de competencias y habilidades del paciente se documentó y se ha venido desarrollando con las siguientes acciones: a) Para el mes de Mayo 2021 se Desarrollaron talleres de Dibujo y Pintura por parte de los paciente de la E.S.E del cual al momento se encuentra pendiente la exposición de los mismos.</p> <p>b) La última semana del mes de Julio de 2021 con de instructor Sena, desarrollan de competencias y habilidades para el manejo e interpretación de elementos Musicales</p> <p>c) En el mes de octubre 2021 se inicia capacitación del SENA para curso y certificación de Manipulación de alimentos.</p> <p>d) En el momento se está desarrollando con la capacitación del Sena el curso de curso de Cultura Emprendedora</p>					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Programar e implementar el plan según el modelo de atención y las necesidades de los pacientes					

Se cumplió con la meta proyectada

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



NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	GRAFICA	
			DIC	TOTAL
FORMULA	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 de promoción, prevención y protección de la salud mental  <b>Resultado</b>		90	90
			100	100
			90%	90%
<b>ANALISIS</b>				
<p>Se considera con ejecución al 90% desarrollo 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 factibles y aprobadas para ejecutar de contratos interinstitucionales que para la vigencia de 2021 son:</p> <p>Contrato de interadministrativo 0767 con la alcaldía municipal de Tunja, con el objetivo de: capacitar en la estrategia de atención primaria en salud mental MHGAP y el programa de acción TREATNET cuyos soportes reposan en ruta digital denominada contratos pic-2021-contrato 0767 D 2021 alcaldía de tú y en el correo electrónico subcientifico@cribsaludmental.gov.co de manera predominante en la subcarpeta B. Contra PIC Tunja. Contrato interadministrativo n°1876 de 2021 celebrado entre el Departamento de Boyacá y el (la) centro de rehabilitación integral de Boyacá cuyo Objeto es aunar esfuerzos para realizar la concurrencia en las acciones del plan De intervenciones colectivas departamental, A la fecha se logró articulación, viabilidad económica y operativa en el desarrollo de 3 de las actividades: 1. Educación en salud a grupos de cuidadores y familias con trastorno psicótico, 2. Tamizaje para la detección de consumo de sustancias psicoactivas, aplicando la escala ASSIST con intervención breve y seguimiento de los casos, a través del SAAA, según corresponda dirigido a jóvenes de 10 a 14 años, 3. Realizar tamizaje para la detección de trastorno mental, aplicando la escala SQR, con intervención breve y seguimiento según corresponda a través del Programa MHGAP o el programa de salud mental en atención primaria vigente de la ESE dirigido a Población mayor de 14 años. Actividades en ejecución como se describió previamente en este documento, pendientes entrega de informes</p>				
<b>PLANES DE ACCION</b>				
Implementar las acciones de mejora en conformidad con el modelo integral con enfoque diferencial en salud mental, verificar su adherencia en primera línea por la subgerencia científica y en segunda línea por auditoría en salud.				



Se cumplió con la meta proyectada

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

*A*

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta	GRAFICA
FORMULA	Proporción de desarrollo de programas de fortalecimiento institucional	N° de programas de fortalecimiento implementados Total de servicios	100 100	100 100	25%	
		Resultado	100%	100%		
<b>ANALISIS</b>						
<p>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 analiza desde la información entregada consolidada de RIPS por técnico operativo de sistemas para consolidación de 2199, en la que a continuación me permito presentar el comparativo de crecimiento de producción generado a partir del comparativo de enero a sep 2020 vs enero a sep 2021 en el cual se evidencia claramente los porcentajes de fortalecimiento de la producción de servicios.</p>						
<b>PLANES DE ACCION</b>						
Implementar las acciones de mejora en conformidad con el modelo integral con enfoque diferencial en salud mental, verificar su adherencia en primera línea por la subgerencia científica y en segunda línea por auditoría en salud.						

Se cumplió con la meta proyectada

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



NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	ENE	TOTAL	Meta
<b>FORMULA</b>	Estudio de conveniencia de habilitación de nuevos servicios	Estudio de conveniencia de habilitación de nuevos servicios	Estudio de conveniencia de habilitación de nuevos servicios	Estudio de conveniencia de habilitación de nuevos servicios	Estudio de conveniencia de habilitación de nuevos servicios
<b>ANALISIS</b>					
Se contrató a un profesional especializado para la elaboración del estudio, el cual fue presentado a la Secretaría Departamental de Salud, de la cual se recibieron observaciones sobre la pertinencia o no de habilitación de servicios según la red de atención departamental					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
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.					

Se cumplió con la meta proyectada

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



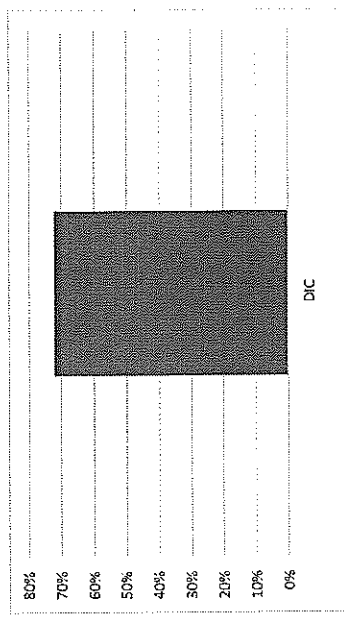
NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	GRAFICA	
			DIC	TOTAL
FORMULA	Proporción de nuevos servicios habilitados $\frac{\text{Total de nuevos servicios a habilitar de acuerdo al estudio de conveniencia}}{\text{Nº de nuevos servicios habilitados}} \times 100\%$	Resultado	100	100
			100%	>=50%
<b>ANALISIS</b>				
<p>Se considera una ejecución del 100% Se han incluido en la oferta de servicios la prestación de: Consulta externa y valoración intrahospitalaria de Neuropsicología Evaluación Neuropsicológica Infantil y adolescente. Evaluación Neuropsicológica en Adultos y Adultos Mayores. Examen Psicopedagógico, Inventario de Depresión de Beck Inventario de Ideación Suicida de Beck Inventario de Ansiedad de Beck Escala SUDS, TEST K-D Test de Rorschach Inventario de personalidad (MMPI)Neuropsy. Psicoterapia Familiar por Psiquiatría Psicoterapia Grupal por Psiquiatría Psicoterapia individual por Psiquiatría Cuidado por Psiquiatría Psicoterapia Grupal por Psicología Psicoterapia Individual por Psicología, Psicoterapia Familiar por Psicología Taller Socioeducativo Talleres Ocupacionales Taller de Educación Especial Grupal Actividades educación individual, Soporte, portafolio de servicios institucional</p> <p>Para 2021 se retoma la prestación atención ambulatoria terapia de lenguaje, nutrición, En lo corrido de enero a octubre de 2021 se pasaron de 107 camas a 149 camas con un crecimiento de 39%</p> <p style="text-align: center;"><b>PLANES DE ACCION</b></p> <p>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.</p>				

Se cumplió con la meta proyectada.

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



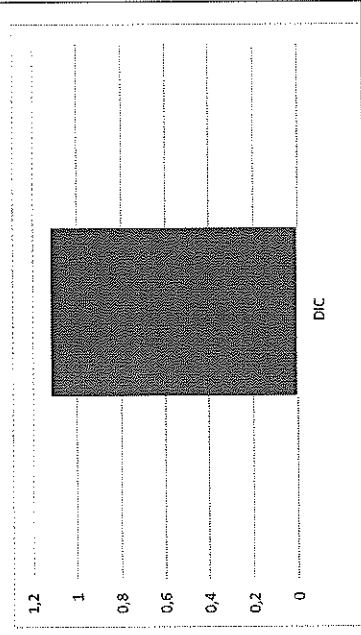
NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DICIEMBRE		Meta
			DIC	TOTAL	
FORMULA	Autoevaluación de habilitación	Autoevaluación de habilitación	72,3%	72%	70%
		Resultado	72%	72%	
<b>ANALISIS</b>					
Desde el área de calidad se hizo la autoevaluación según los estándares de la Resolución 3100 de 2019					
<b>PLANES DE ACCIÓN</b>					
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.

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DICIEMBRE		Meta
			DIC	TOTAL	
FORMULA	Autoevaluación de estándares de acreditación según indicador 1 de Resolución 408 de 2018	Autoevaluación de estándares de acreditación	1,12	1,12	>= 1,2
		Resultado	1,12	1,12	
<b>ANALISIS</b>					
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 es muy complicado cumplir la meta y lo que se recomienda ir apuntando a la acreditación institucional					
<b>PLANES DE ACCIÓN</b>					
Desde el área de calidad en primera línea implementar y desde la subgerencia científica en segunda línea verificar el cumplimiento de cada uno de los estándares de acreditación. Se recomienda que desde la gerencia se aumen esfuerzo buscando la acreditación según los resultados del indicador					



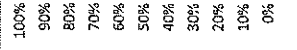
No se cumplió con la meta proyectada.

X

12. Meta: Implementar PAMEC

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta
FORMULA	Porcentaje de implementación del PAMEC	Nº de acciones de mejora implementadas del PAMEC	45	45	>=90%
		Total de acciones de mejora del PAMEC	51	51	
		<b>Resultado</b>	<b>88%</b>	<b>88%</b>	
<b>ANALISIS</b>					
Se realizo un trabajo riguroso que tiene como objetivo mejorar la atención al usuario a través de la autoevaluación y el monitoreo constante de la calidad observada respecto de la calidad esperada se cumple en un 88% teniendo en cuenta en el estandar de informacion se continuo un analisis para cumplir con la meta.					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Para el plantamiento del PAMEC 2022 se trabajara articuladamente con los lideres de procesos para que con las acciones proyectadas en cada una de los estandares se de cumplimiento a los objetivos institucionales. Esta actividad es liderada por el area de calidad.					

GRAFICA



DIC

No se cumplió con la meta proyectada.

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

f

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	ENE	TOTAL	Meta
<b>FORMULA</b>	Cargue oportuno de los informes normativos	Cumplimiento de entrega oportuna de informes de 2193 y de circular única  <b>Resultado</b>	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento
<b>ANALISIS</b>					
Se cargaron todos los informes requeridos de manera oportuna, esto se supervisa directamente por la subgerencia administrativa y financiera y se certifica desde revisoria fiscal					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Seguir cargando de manera oportuna los informes, tener un listado con todos los informes y su respectiva fecha como medio de control					

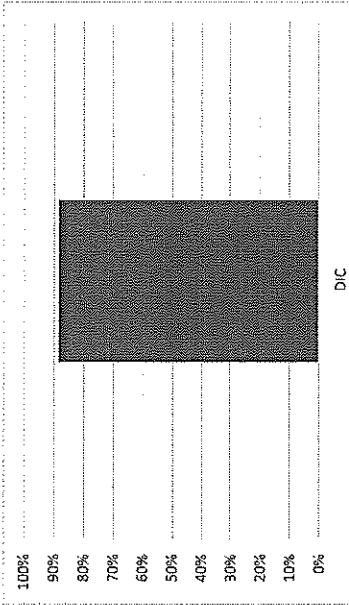
Se cumplió con la meta proyectada.

14. **Meta:** Implementar las buenas prácticas de seguridad del paciente



NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DICIEMBRE		Meta
			DIC	TOTAL	
FORMULA	Implementación de buenas prácticas de seguridad del paciente	N° de prácticas prioritizadas implementadas	8	8	100%
		N° de prácticas prioritizadas implementadas	8	8	
		<b>Resultado</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	
<b>ANALISIS</b>					
Se realiza seguimiento continuo de las 8 prácticas seguras contempladas en la política de seguridad del paciente, contemplando el análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente, seguridad en la entrega de medicamentos cubiertos por el plan de beneficios en salud y los no PBS, Estandarización de procedimientos de atención, Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia, Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio, Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud, Farmacovigilancia- tecnovigilancia-Reactivo vigilancia, garantizando condiciones seguras para la atención con los pacientes en la institución.					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Continuar con el seguimiento continuo, oportuno y evaluación de las prácticas de seguridad del paciente con el objetivo de					

GRAFICA



Se cumplió con la meta proyectada.

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

A

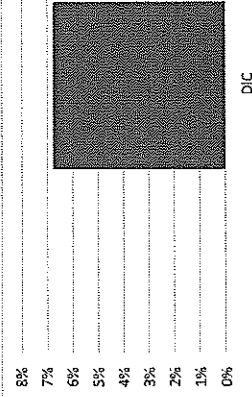
NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	TOTAL		Meta
			ENE		
FORMULA	Certificación de buenas prácticas (Farmacia)	Certificación de buenas prácticas de elaboración	No se tiene certificación	No se tiene certificación	Certificación
		Resultado	No se tiene certificación	No se tiene certificación	
<b>ANALISIS</b>					
De acuerdo con las restricciones presupuestales no fue posible adelantar esta acción. Aún así se ha mejorado aspectos del servicio farmacéutico como la adecuación locativa de las instalaciones, se mejoró el proceso de unidosis y se cuenta con más personal para contar con el servicio 24 horas					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Desde la gerencia y la subgerencia científica aunar esfuerzos para cumplir con la meta					

No se cumplió con la meta proyectada.

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	TOTAL		Meta
			DIC		
FORMULA	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos	Nº de eventos adversos asociados a la administración de medicamentos	5	5	15%
		Total de evento adversos	74	74	7%
		Resultado	7%	7%	
<b>ANALISIS</b>					
Con el contrato de reempaque de medicamentos se evidenció disminución de eventos adversos ya que se trabajo de la mano de las practicas seguras contempladas en la politica de seguridad del paciente.					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Se continuara con el analisis y trabajo para disminuir eventos adversos asociados a la administración de medicamentos.					

GRAFICA



*[Handwritten signature]*

Se cumplió con la meta proyectada

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC		Meta
			DIC	TOTAL	
FORMULA	Proporción de eventos adversos relacionados con la caída de pacientes	N° de eventos adversos asociados a la caída de pacientes	10	10	15%
		Total de eventos adversos	74	74	15%
	Resultado	14%	14%	14%	

ANALISIS	
Se realiza seguimiento capacitación y evaluación de la escala de riesgo de caída lo que permitió realizar un analisis oportuno frente al riesgo de los pacientes.	
<b>PLANES DE ACCION</b>	
Se continuara con el analisis y trabajo para disminuir eventos adversos asociados al riesgo de caída.	

DIC

Se cumplió con la meta proyectada

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC		Meta
			DIC	TOTAL	
FORMULA	Proporción de quejas por maltrato	N° de quejas por maltrato en la prestación del servicio	0%	0%	40%
		Total de quejas por prestación del servicio	0%	0%	40%
	Resultado	0%	0%	0%	

PLANES DE ACCION	
Dentro de las PQRSDF que se presnetaron durante la vigencia, ninguna fue po maltrato en pacientes	
Se recomienda seguir trabajando de manera articulada para mantener este estándar favorable	

DIC

Se cumplió con la meta proyectada.

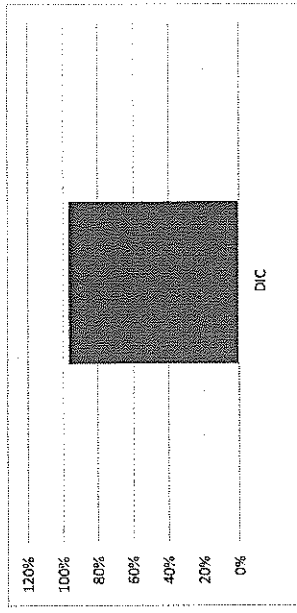
19. **Meta:** Aumentar la satisfacción de los usuarios relacionada con el confort y buen trato en las unidades.

X



NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta
FORMULA	Proporción de usuarios hospitalizados satisfechos	N° de usuarios satisfechos sobre confort y buen trato encuestados	1333	1333	15%
		Total de usuarios	1375	1375	
		<b>Resultado</b>	<b>97%</b>	<b>97%</b>	
<b>ANALISIS</b>					
Desde la gerencia y la subgerencia científica se han aunado esfuerzos para mejorar las condiciones de confort hospitalaria, desde el programa de seguridad del paciente y la auditoría de calidad en coordinación con la subgerencia administrativa y financiera se han mejora las condiciones locativas y de hotelería hospitalaria					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Seguir aunando esfuerzos que propendan por el mejoramiento continuo, teniendo en cuenta el aumento de la capacidad instalada					

GRAFICA

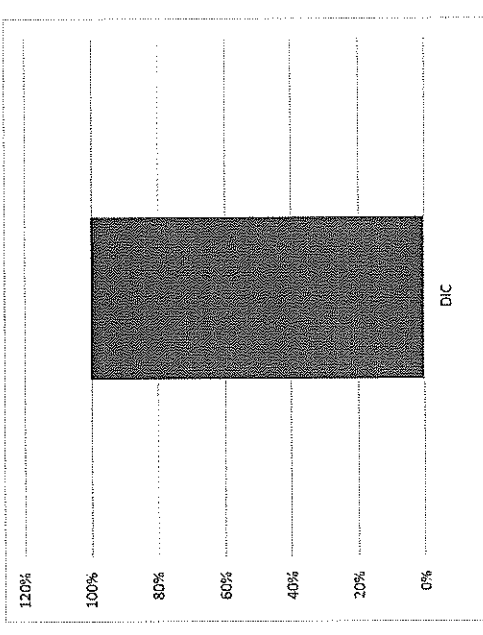


Se cumplió con la meta proyectada

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

NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	DIC	TOTAL	Meta
FORMULA	Proporción de colaboradores capacitados en lineamiento institucional de reducción del estigma	N° de colaboradores capacitados en dignificación y disminución del estigma del paciente mental	100%	100%	100%
		Total de colaboradores de la entidad			
		<b>Resultado</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	
<b>ANALISIS</b>					
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					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Seguir capacitando en el lineamiento institucional, propendiendo por la medición de la adherencia					

GRAFICA



*K*

Se cumplió con la meta proyectada


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

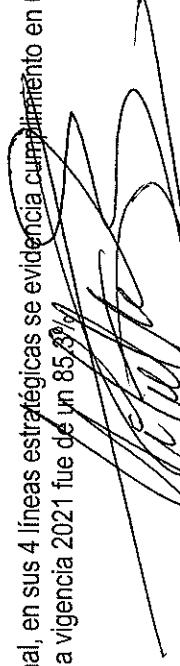
NOMBRE	METODO DEL CALCULO	VARIABLES	ENE	TOTAL	Meta
<b>FORMULA</b>	Lineamiento sobre dignificación y reducción del estigma del paciente mental	Lineamiento sobre dignificación y reducción del estigma del paciente mental	Se cuenta con el lineamiento	Se cuenta con el lineamiento	lineamiento
<b>Resultado</b>					
<b>ANALISIS</b>					
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.					
<b>PLANES DE ACCION</b>					
Seguir capacitando en el lineamiento institucional, propendiendo por la medición de la adherencia, verificar por su implementación en primera línea por la subgerencia científica, efectuar verificación desde auditoría en salud					

Se cumplió con la meta proyectada.

**6. Resultados Generales**

De las 75 metas estructuradas en el Plan de Desarrollo Institucional, en sus 4 líneas estratégicas se evidencia cumplimiento en 64 metas según lo proyectado, por lo tanto, el porcentaje de ejecución del plan para la vigencia 2021 fue de un 85.33%

  
 Diego Fernando Rivera Castro  
 Asesor de planeación

  
 Segundo Jacinto Pérez Archilla  
 Subgerente Administrativo y Financiero